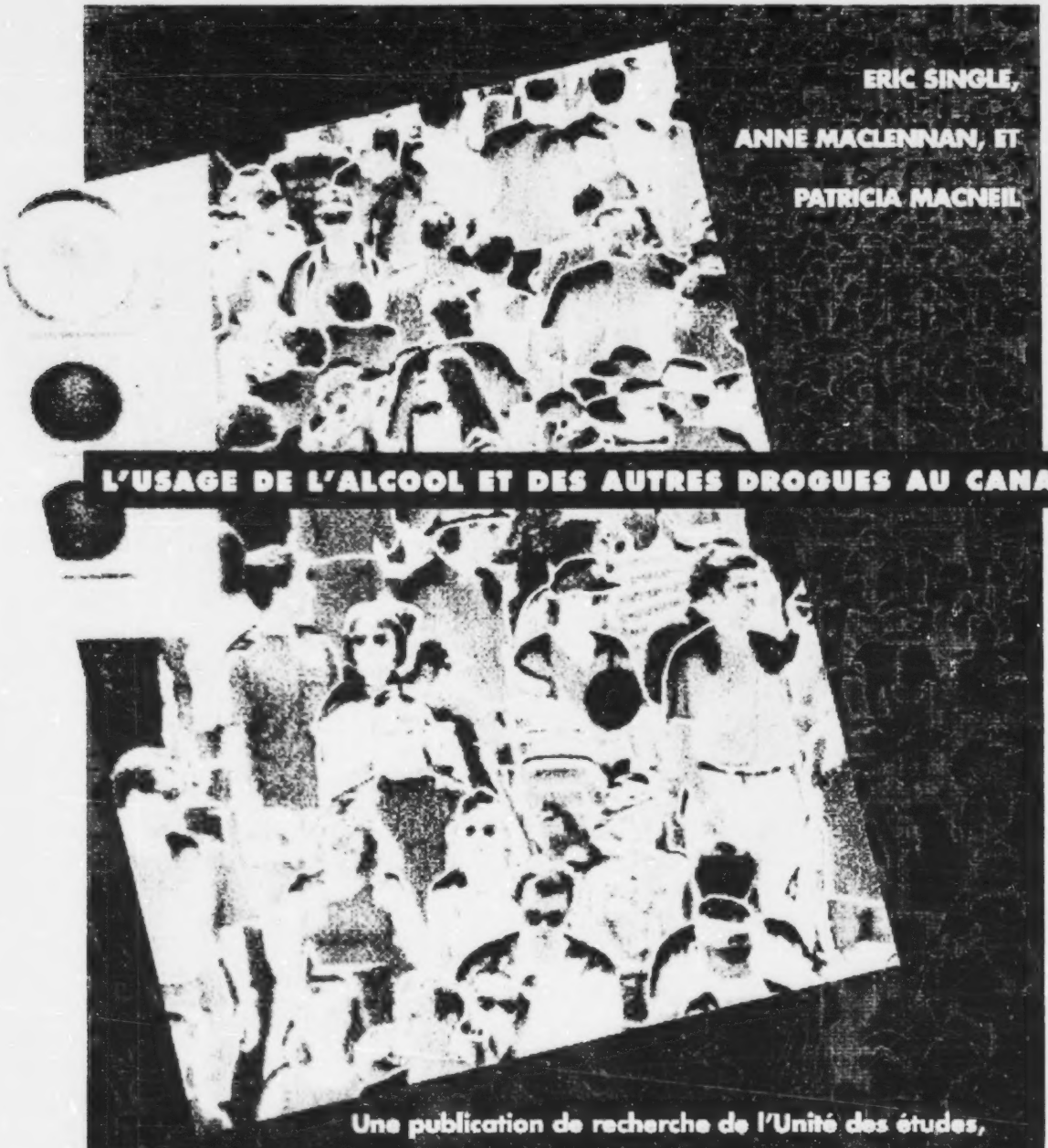
HORIZONS 1994



ERIC SINGLE,
ANNE MACLENNAN, ET
PATRICIA MACNEIL

L'USAGE DE L'ALCOOL ET DES AUTRES DROGUES AU CANADA

Une publication de recherche de l'Unité des études,
de la Direction de la promotion de la santé,
Santé Canada; et du Centre canadien de lutte
contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Canada

HORIZONS 1994

ERIC SINGLE,

ANNE MACLENNAN, ET

PATRICIA MACNEIL

L'USAGE DE L'ALCOOL ET DES AUTRES DROGUES AU CANADA

Une publication de recherche de l'Unité des études,

de la Direction de la promition de la santé,

Santé Canada; et du Centre canadien de lutte

contre l'alcoolisme et les toxicomaines

101-02441/

Données de catalogage avant publication (Canada)

Single, Eric
Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada

«Editée dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue»
Publ. en coll. avec : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
Publ. aussi en anglais sous le titre : *Horizons 1994*.
ISBN 0-662-993888-8 (Canada. Unité des études en promotion de la santé)
ISBN 1-896323-01-4 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies)
Cat. MAS no H39-307/1994F

1. Toxicomanie--Canada. 2. Tabagisme--Canada. I. MacLennan, Anne
II. MacNeil, Patricia III. Canada. Unité des études en promotion de la santé.
IV. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. V. Titre.
VI. Titre : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada.

HV5000.C3S4514 1994 362.29'0971 C94-9000885-0

Publication de recherche de l'Unité des études de la Direction de la promotion de la santé, Santé Canada, et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Tous droits réservés. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite ni transmise sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou système de recouvrement, sans la permission écrite des éditeurs.

Les opinions exprimées dans le présent ouvrage n'engagent que ses auteurs et ne devraient en aucun cas être interprétées comme émanant de Santé Canada, ni de tout autre organisme, commission ou ministère provincial ou territorial, ni d'aucune fondation, ni de tout autre groupe et individu ayant fourni de la documentation.

This document is published in English under the title: *Horizons 1994: Alcohol and Other Drug Use in Canada*.

Conception graphique et mise en page : Victory Design et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

AVANT-PROPOS

La Stratégie canadienne antidrogue, entreprise lancée par le gouvernement fédéral en mai 1987, repose sur la collaboration de ce dernier et des gouvernements des dix provinces et des deux territoires, ainsi que de multiples organismes non gouvernementaux. Les nombreux partenaires de la Stratégie ont pour but commun, dans l'éventail des travaux qui s'y rattachent, de réduire les méfaits causés par l'usage de l'alcool et des autres drogues.

Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada est la première publication de recherche à paraître dans le cadre de la Stratégie antidrogue depuis le début de sa deuxième phase, en 1992. Elle brosse l'un des tableaux les plus actuels et les plus complets qui soient des données sur l'usage de l'alcool et des autres drogues et sur les problèmes de santé et de société connexes. Elle expose par ailleurs les nouvelles tendances qui émergent dans les provinces et les territoires et qui comportent un intérêt potentiel pour l'ensemble du pays. Enfin, elle présente les nouvelles connaissances acquises tout en fournissant un aperçu de ce qui reste à découvrir.

Horizons 1994 est un projet de recherche conjoint de l'Unité des études de la Direction de la promotion de la santé, de Santé Canada, et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Il vise tous ceux et celles qui s'intéressent aux méfaits de l'alcool, du tabac et des autres drogues sur les individus et l'ensemble de la société. Tous sont partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 6

I. SOMMAIRE 8

II. UN MOT DES AUTEURS 10

II. MISE A JOUR 1994 : L'USAGE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES AUTRES DROGUES AU CANADA 13

Vue d'ensemble 13
L'alcool; Le tabac; Les drogues licites, incluant les médicaments prescrits et en vente libre; Les drogues illicites; L'opinion publique sur l'usage des substances

L'alcool 16
Taux et caractéristiques des buveurs; Toux de consommation d'alcool; Aspects économiques de l'alcool; Caractéristiques des gros buveurs; Morbidité reliée à l'alcool; Mortalité reliée à l'alcool; Accidents de la route reliés à l'alcool; Infractions concernant l'alcool; Opinion publique sur les problèmes d'alcool

Le tabac 22
Taux d'usage du tabac; Aspects économiques du tabac; Caractéristiques des fumeurs; Mortalité reliée à l'usage du tabac; Attitudes envers l'usage du tabac

Les drogues licites, incluant les médicaments 23
Usage des drogues licites; Aspects économiques de l'usage des drogues licites; Problèmes associés à l'usage des drogues licites

Les drogues illicites 25
Taux d'usage des drogues illicites; Aspects économiques des drogues illicites; Problèmes associés à l'usage des drogues illicites; Infractions concernant les drogues; Opinion publique sur la politique des stupéfiants; Le sida et l'injection des drogues

Notes bibliographiques 28

IV. POPULATIONS A RISQUE : REVUE NATIONALE 29

Territoire du Yukon 30
Les habitudes de consommation des habitants du Nord; Potentiel revirement des habitudes de consommation; La sobriété chez les autochtones; L'abstinence et le boire excessif chez les autochtones; L'alcool chez les femmes; Le syndrome d'alcoolisme foetal; L'alcool et le sexe; Un réconfort contre le froid?

Territoires du Nord-Ouest 32
Une vaste contrée, mais peu de données; Sept magasins des alcools sur 3 300 000 kilomètres carrés; Les femmes, la drogue, et la grossesse; Le mauvais traitement des enfants et de la conjointe; L'espérance de vie chez les Inuit de Baffin; Le tabac chez les jeunes filles et les femmes de l'Arctique; Le tabac à chiquer et à priser

Colombie-Britannique 34
Les problèmes des autochtones vivant hors réserves; Le syndrome d'alcoolisme foetal; Les aînés; L'alcool au volant et les achats outre-frontière

Alberta 36
Les décès chez les autochtones et les Métis; L'usage de drogue par intraveineuse et le sida; Les produits alcoolisé non consommable; Le culturisme; Hausse des cocaïnomanes en traitement

Saskatchewan 38
La polytoxicomanie; Le suicide; Les femmes en traitement; L'alcool au volant

Manitoba 39
Les jeunes fugitifs, la drogue et le sida; La drogue chez les femmes prostituées; La connivence des parents; Les autochtones; Les inhalants chez les enfants autochtones; Le régime des ordonnances multiples; La persistance des préjugés; Le syndrome d'alcoolisme foetal

Ontario 41
Nouveau revirement de l'usage des drogues et de l'attitude face à cet usage dans les écoles; L'alcool au volant; Les cinq raisons des Ontariens de dire non à l'alcool; La situation socioéconomique et l'usage du tabac; Les Alcooliques anonymes, favoris de la population

Québec 42
Les drogues dans les centres de détention; Les inhalants drogues d'initiation; Les jeunes en détention; Les drogues illicites chez les Cris; L'alcool au volant

Nouveau-Brunswick 44
L'alcool chez les aînés; L'alcool au volant au secondaire; Multiplication des points de vente

Nouvelle-Ecosse 45
Le jeu chez les jeunes; La popularité des drogues multiples chez les adolescents; Les drogues illicites dans les Maritimes

Ile-du-Prince-Edouard 46
Mobilisation contre l'alcool au volant; Les buveurs légers; Vente de boissons alcoolisées par le secteur privé; Les pressions familiales chez les jeunes

Terre-Neuve et Labrador 47
L'alcool au volant; Les femmes et les jeunes

Notes bibliographiques 48

V. NOUVEAUX HORIZONS : LES DEFIS ET LA PORTEE DE LA RECHERCHE 51

ANNEXE : COLLABORATEURS D'*HORIZONS* 1994 57

REMERCIEMENTS

Horizons 1994 est né à la suite d'un projet de mise à jour des deux publications de recherche fondamentales produites durant la première phase de la Stratégie canadienne antidrogue, à savoir *L'alcool au Canada* et *Les drogues licites et illicites*. Durant l'exercice financier 1992-1993, Marc Eliany, de Santé et Bien-être Canada, a entrepris la mise à jour des deux publications. En juin 1992, une consultation nationale auprès des chercheurs assurait la participation de ces derniers à la collecte des données de recherche régionales. Cependant, les changements survenus au sein du personnel de Santé et Bien-être au cours de l'exercice et les retards qui s'ensuivirent dans la réalisation du projet soulevèrent la question de savoir si les données, une fois recueillies, seraient toujours suffisamment à jour et complètes pour répondre aux besoins du lecteur.

En février 1993, il fut décidé, après avoir reconsidéré l'utilité du projet, de reprendre ce qui avait jusqu'alors été réalisé, mais en poursuivant avec une nouvelle orientation. *Horizons 1994* servirait donc à mettre à jour les statistiques sur l'alcool et les autres drogues, mais fournirait de plus, une fois que toutes les provinces et les deux territoires seraient en mesure de soumettre des rapports, un aperçu des travaux en cours dans tout le pays. Le présent ouvrage inclut certains résultats d'analyse obtenus par Statistique Canada au moyen de l'Enquête sociale générale de 1993, laquelle comprenait pour la première fois une série de questions sur l'alcool et les autres drogues; ces résultats ont été communiqués en juin 1994.

Par ailleurs, même si leurs travaux ne figurent pas directement dans *Horizons 1994*, nous tenons ici à souligner la contribution de tous ceux qui ont participé à la première collecte des données et qui ont ainsi posé les assises du présent ouvrage. Mentionnons tout particulièrement Marc Eliany, Larry Peters, Peter Urmeister, Marc Kelly, Joseph Levy, et Howard Schachter. Nous remercions aussi tout spécialement Annette Huyter, à qui nous devons dans une large mesure la collecte des données dans les Maritimes.

De nombreux particuliers et groupes dans tout le pays ont participé à l'élaboration des rapports provinciaux et territoriaux soumis à Santé Canada. Plusieurs d'entre eux figurent dans l'Annexe; il s'agit des autorités provinciales

et territoriales directement engagées, du groupe consultatif de recherche auprès de la Stratégie canadienne antidrogue et des représentants des projets de recherche et de programmes dans les provinces et les territoires, lesquels communiquent régulièrement, avec grande franchise, leurs commentaires à Santé Canada. A tous ces groupes et particuliers, ainsi qu'à de multiples autres collaborateurs régionaux, malheureusement trop nombreux pour les nommer tous ici, nous exprimons notre profonde gratitude.

Grâce aux données et aux résultats d'analyse à jour qu'elle a su nous communiquer, l'équipe de Statistique Canada a tenu un rôle majeur dans l'actualisation d'*Horizons 1994*. Nous remercions vivement Doug Norris, Ed Praught, Jeff Hatcher, Cathy Trainor, et Nancy Turner.

Pour l'appui et la patience dont ils ont fait preuve dans la préparation du présent ouvrage et la révision de nos ébauches, nous remercions tout spécialement aussi de nombreux collaborateurs à Santé Canada, dont en particulier Tariq Bhatti, Pete Conley, Diane Jacovella, Jim Anderson, et enfin, tous les membres du personnel du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et de Santé Canada qui ont collaboré au processus d'édition.

SOMMAIRE

La Stratégie canadienne antidrogue a été lancée par le gouvernement fédéral en mai 1987, en collaboration avec les gouvernements des dix provinces et des deux territoires ainsi que de nombreux organismes non gouvernementaux. Les partenaires de la Stratégie ont pour objectif commun de réduire les méfaits de l'alcool et des autres drogues.

Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada est la première publication de recherche à paraître durant la seconde phase de la Stratégie, amorcée en 1992. Cette publication brosse l'un des tableaux les plus actuels et les plus complets qui soit des connaissances acquises sur l'alcool et les autres drogues et sur les problèmes de santé et de société connexes au Canada. Elle se penche également sur les travaux susceptibles de présenter un intérêt national, réalisés dans les provinces et les territoires auprès des populations à risque : les femmes; les Métis, les Inuit, et les autochtones vivant hors réserves; les jeunes en marge de la société; les aînés; et les conducteurs avec facultés affaiblies.

Qui boit?
Les Canadiens sont aujourd'hui moins nombreux à consommer de l'alcool. Le taux des 15 ans et plus qui, lors des diverses enquêtes nationales, déclarent consommer de l'alcool, est passé de 79,0% lors de l'Enquête sociale générale de 1991 à 74,4% lors de la même enquête en 1993. Cette même année, 18,0% des participants ont déclaré avoir cessé de consommer et 7,7%, n'en avoir jamais consommé. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'en consommer (80,6% contre 68,4%) et les plus jeunes, davantage que les plus âgés (84,6% des 20 à 24 ans contre 43,0% des 65 ans et plus). Les sans emploi sont cependant moins nombreux que ceux qui ont un travail à déclarer en avoir consommé l'année avant l'enquête (75,2% contre 82,7%).

Qui fume?
L'usage de la cigarette a reculé au cours des récentes années, mais 29% des Canadiens de 15 ans et plus fument encore régulièrement, les plus hauts taux revenant au Québec et à Terre-Neuve (34% et 32% respectivement) et les plus bas, à l'Ontario et à la Colombie-Britannique (27% et 26%). Les premières analyses des données recueillies par Santé Canada depuis la récente diminution du prix des cigarettes indiquent une augmentation des fumeurs chez les 15 à 19 ans, mais aucun changement de la quantité de tabac fumé.

Les drogues licites
En 1993, plus de deux Canadiens de 15 ans et plus sur trois (69,8%) ont déclaré avoir pris de l'aspirine au cours du mois avant l'enquête, les moins

nombreux se trouvant au Québec (59,1 %), et les plus nombreux dans les provinces de la Saskatchewan, de l'Ile-du-Prince-Edouard et de la Nouvelle-Ecosse (avec quelque 75,0 % chacune). Les drogues sur ordonnance les plus fréquemment utilisées sont les analgésiques narcotiques tels la codéine, le Démérol (mépéridine), et la morphine, les taux d'utilisation les plus élevés revenant à la Colombie-Britannique (12,4 %) et les plus bas au Québec (3,2 %). Quelque 4 % des 15 ans et plus, soit un sur vingt-cinq, ont déclaré faire usage des somnifères et 3,8 %, des tranquillisants. C'est au Québec que l'on déclare la plus grande utilisation de somnifères (6,1 %) et de tranquillisants (7,4%).

Les drogues illicites

En 1993, environ un million de Canadiens (4,2%) de 15 ans et plus ont déclaré avoir utilisé de la marijuana au cours de l'année précédente; le plus haut taux revenant à la Colombie-Britannique et le plus bas, à la Saskatchewan.

Les populations à risque

Les données nationales sur les populations à risque sont insuffisantes et rarement comparables d'une région à l'autre, mais des gains sont néanmoins réalisés à ce chapitre, grâce aux divers projets de recherche et programmes en cours à travers le pays. Une revue, d'ouest en est, des travaux effectués dans les provinces et territoires met en relief certaines observations sur les populations à risque et fournit un aperçu des divers facteurs régionaux, soit sociaux, géographiques et historiques, qui contribuent à façonner la grande mosaïque des méfaits de l'alcool et des autres drogues au Canada.

Problèmes et défis

La Stratégie antidrogue est complexe et riche en défis, mais on commence aujourd'hui à mieux cerner et à mieux saisir certains des obstacles à surmonter. Les chercheurs et les autres collaborateurs du présent ouvrage signalent maintes difficultés, celles notamment d'obtenir les données et de développer de nouveaux savoirs; de diffuser l'information aux personnes qui en ont besoin dans la langue et selon la présentation qui leur conviennent; de concilier les impératifs de recherche avec les exigences des décideurs; et pour ce qui est des intervenants et des responsables de programmes, de convertir les connaissances nouvelles et utiles en action communautaire. Bref, d'une meilleure compréhension des problèmes, naîtra le progrès.

UN MOT DES AUTRES

La recherche constitue un élément essentiel de la Stratégie canadienne antidrogue. Au fur et à mesure que celle-ci, de par ses multiples aspects, s'est progressivement transformée, l'ampleur et la portée de la recherche, les nouvelles connaissances, ainsi que les besoins tout aussi importants des divers partenaires de la Stratégie à travers le pays ont également évolué.

Depuis son lancement en 1987 jusqu'au début de 1992, la Stratégie et la recherche connexe ont essentiellement porté sur l'usage de l'alcool et des autres drogues dans l'ensemble de la population. En 1992, tenant compte des nouvelles connaissances acquises au cours des cinq dernières années, on a élargi le champ d'observation pour y inclure certaines populations «spéciales», c'est-à-dire considérées particulièrement vulnérables aux méfaits de l'alcool et des autres drogues, à savoir : les jeunes de la rue et les décrocheurs scolaires, les femmes, les aînés, les autochtones vivant hors réserves, et les conducteurs avec facultés affaiblies.

Horizons 1994 s'appuie donc sur le plus important corpus de données établi à ce jour sur non seulement la population en général, mais aussi sur les populations spéciales. Les données, dont certaines sont aussi récentes que le printemps 1994, sont si nombreuses qu'elles offrent des perspectives exceptionnelles et les plus complètes qui soient sur l'étendue et la nature de l'usage et de l'abus de l'alcool et des autres drogues au Canada, ainsi que des problèmes de santé et de société connexes.

Bien que modelé sur les publications de recherche de la première phase de la Stratégie, *Horizons 1994* innove par l'ajout de deux éléments importants. La Section IV, *Populations à risque : Revue nationale*, consiste en une collection de rapports - présentés par province et territoire, d'ouest en est - sur les percées de la recherche et les programmes présentant un intérêt et un potentiel national.

Les rapports ne reflètent aucunement tous les travaux en cours dans chaque région. Leur valeur à cette étape précise de la Stratégie, et qui les relie sur le plan thématique, vient de l'attention qu'ils prêtent à de nombreux secteurs de recherche canadiens encore mal définis. Parce qu'il porte sur un problème nouveau ou considéré jusque-là d'intérêt purement local, il peut en effet arriver qu'il n'existe aucune définition d'un thème étudié ni aucune donnée nationale ey rattachant. Or les rapports précités traitent des problèmes de jeu même s'ils sont relativement nouveaux, puisque les professionnels du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies sont de plus en plus souvent appelés, à titre de spécialistes en «toxicomanie», à se pencher sur ce phénomène. Ils traitent également de l'usage des stéroïdes et de l'alcool non

consommable (ex. Lysol) même s'il ne s'agit que d'un problème localisé, car les leçons tirées par une collectivité peuvent bénéficier aux autres. Mais le plus souvent, les problèmes examinés sont ni nouveaux ni locaux, ils sont plutôt demeurés inexplorés à l'échelle nationale.

La sélection des éléments à inclure dans le présent ouvrage a été guidée par les questions touchant les populations à risque, mais il importe ici de souligner que le volume et le genre d'informations disponibles sur ces populations sont très inégaux. Bien qu'il eût été fort intéressant d'examiner chacune de ces informations, cela aurait surtout accentué les disparités existantes. Plus important encore, cela aurait minimisé la richesse de l'information «fugitive» et de la vision régionale saisie ici. Le groupement des données par province et par territoire permet de mettre chacune de ces composantes en valeur et fournit une perspective peu commune de la diversité des forces historiques, géographiques, et sociales qui contribuent à façonner les problèmes de drogues au Canada, et qui nous animent dans leur résolution.

Le second élément nouveau, soit la Section V, *Nouveaux horizons : Les défis et la portée de la recherche*, passe en revue certaines des difficultés auxquelles se heurtent les intervenants dans le domaine, en particulier les chercheurs. C'est d'ailleurs aux chercheurs et aux groupes de recherche de tout le pays que nous devons la masse impressionnante de documentation dont le présent ouvrage fait la synthèse. Leurs découvertes sont d'une extrême importance pour les décideurs et les intervenants en traitement, les administrateurs et les spécialistes de la prévention. Parallèlement, les obstacles que leur imposent l'immensité du pays et la complexité du domaine traité sont tout aussi considérables. Mais n'est-ce pas dans la résolution de leurs problèmes que réside en grande partie l'évolution de la problématique générale.

C'est donc dans l'optique de notre avenir commun qu'*Horizons 1994* s'adresse non seulement aux chercheurs, mais aussi à tous ceux et celles qui oeuvrent dans le domaine et pour qui la recherche représente un outil essentiel. L'objectif est double : d'une part, sensibiliser les nombreux partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue à la croissance du fonds national de recherche documentaire sur l'usage de l'alcool et des autres drogues et, d'autre part, déclencher de nouveaux efforts et un dialogue national en vue de réduire les méfaits des toxicomanies, surtout chez les populations les plus vulnérables.

MISE A JOUR 1994

L'USAGE DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES AUTRES DROGES AU CANADA

Peu importe que nous les évoluions en fonction de l'opinion populaire ou des indices statistiques,force nous est de constater que l'usage du tabac et l'abus de l'alcool et des autres drogues constituent des problèmes de société et de santé majeurs. Ils comptent en fait parmi les principales causes de décès et des maladies évitables, et leurs coûts sociaux et économiques sont considérables.

Nous exposons dans la présente partie la portée et la nature de l'usage des drogues au Canada jusqu'au printemps de 1994. Paraît d'abord un court sommaire, suivi de sous-sections sur l'alcool, le tabac, les drogues licites (médicaments prescrits et en vente libre), et les drogues illicites, chacune donnant de l'information sur l'usage et les problèmes qui leur sont propres, ainsi que des commentaires sur les questions économiques et les attitudes sociales s'y rattachant.

Le Tableau 1 donne un aperçu de l'usage de l'alcool, du tabac et des autres drogues, tout en illustrant les écarts provinciaux et nationaux. Les données sur les taux de l'usage auto-déclaré sont tirées de l'Enquête sociale générale de 1993, celles portant sur les taux de l'usage du tabac de l'Enquête Promotion de la santé de 1990 (ces enquêtes couvrent l'ensemble des populations de toutes les provinces, mais non du Territoire du Yukon ni des Territoires du Nord-Ouest). Quant aux données sur les niveaux de consommation de l'alcool et du tabac, elles proviennent des plus récentes statistiques des ventes dans toutes les régions. Les tendances et les conséquences de l'usage de chacune des substances sont présentées plus en détail dans les sections ultérieures.

L'alcool

Le pourcentage de la population qui déclare consommer de l'alcool varie selon les provinces (Tableau 1). Dans les dix provinces couvertes par l'Enquête sociale générale de

1993, le pourcentage des 15 ans et plus ayant déclaré avoir bu durant les douze mois précédents va de 71,2% en Colombie-Britannique à 77,4% au Manitoba. Les statistiques des ventes révèlent que les Canadiens de 15 ans et plus ont consommé chacun l'équivalent de 8,7 litres d'alcool absolu en 1991, soit quelque 9,8 consommations standard par semaine. En 1990-1991, le Yukon a enregistré la plus forte consommation, avec 15,9 litres, suivi par les Territoires du Nord-Ouest (11,1 litres) et la Colombie-Britannique (10,1 litres), tandis que le Nouveau-Brunswick a enregistré la plus faible,

TABLEAU 1 : Usage d'alcool, de tabac et d'autres drogues au Canada, 1993

	Buveurs 1,6	Litres par personne2	Tabac3	Aspirine 4,6	Tranquil-lisants4,6	Somnifères 4,6	Analgési-ques	Cannabis 4,6	Cocaïne ou crack5,6	LSD, speed ou héroïne[5,6]
Canada	74.4%	8.7	29%	67.8%	3.8%	4.2%	8.2%	4.2	0.3%	0.3%
T-N	76	9.2	32	69.5	0.9*	2.1*	7.0	3.4*	0.0*	0.0*
I-P-E	76.9	7.4	31	74.5	1.4*	4.8*	11.7*	5.4*	0.0*	0.6*
N-E	74.1	7.9	31	74.4	3.0*	4.7	10.2	5.2	0.6*	0.8*
N-B	72.1	6.6	28	73.3	3.2*	3.3*	9.9	3.4*	0.0*	0.1*
Qc	72.2	7.7	34	59.1	7.1	6.1	3.2	4.7	0.6	0.3*
Ont	76.8	9.1	27	73.6	3.1	3.4	9.9	3.6	0.1*	0.1*
Man	77.4	7.9	29	72.8	2.3*	2.8*	9.2	3.3*	0.0*	0.1*
Sask	73.1	7.3	31	75.6	1.3*	3.2*	6.5	2.3*	0.0*	0.4*
Alb	74.3	9.3	30	73.9	2.5	3.4	9.0	3.7	0.1*	0.5*
C-B	71.2	10.1	26	72.3	2.2	4.6	12.4	6.0	0.8*	0.6*

[1] Tout usage d'alcool durant les douze mois avant l'enquête.
[2] Litres d'alcool pur vendu par personne de 15 ans et plus. Selon des données de la Division des institutions publiques, Statistique Canada, 1990-1991.
[3] Usage actuel. Source : Santé Canada, T. Stephens, D. Fowler-Graham (éd.) Enquête promotion de la santé (1990) rapport technique (Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1993).
[4] Tout usage de drogue le mois avant l'enquête.
[5] Tout usage de drogue l'année avant l'enquête.
[6] Source : (Toutes les données, sauf celles des ventes de tabac et d'alcool.) Enquête sociale générale, 1993.
* Interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

avec 6,6 litres, suivi par la Saskatchewan (7,3 litres), l'Ile-du-Prince-Edouard (7,4 litres) et le Québec (7,7 litres).

Le tabac

Même si le tabagisme a sensiblement régressé au cours des récentes années, 29% des 15 ans et plus fument encore régulièrement. La proportion de la population qui fume varie selon les régions. C'est au Québec (34%) et à Terre-Neuve (32%) que l'on retrouve les plus fortes proportions de fumeurs, et en Ontario (27%) et en Colombie-Britannique (26%) les plus faibles.

Les drogues licites-médicaments prescrits et en vente libre

En 1993, plus de deux Canadiens de 15 ans et plus sur trois (69,8%) ont déclaré avoir utilisé de l'aspirine sous une forme ou une autre le mois précédant l'enquête. De toutes les drogues d'ordonnance, ce sont les analgésiques narcotiques que l'on consomme le plus (8,2% des sujets en avaient utilisés le mois précédent), tels la codéine, le Démérol et la morphine. Un sujet sur vingt-cinq environ (4,2%) avait consommé des somnifères et 3,8%, des tranquillisants. C'est au Québec où l'utilisation de l'aspirine est la plus faible (59,1%), et en Saskatchewan où elle est la plus grande (75,6%), puis à l'Ile-du-Prince-Edouard (74,5%) et en Nouvelle-Ecosse (74,4%). La Colombie-Britannique se classe au premier rang pour l'usage des analgésiques narcotiques sur ordonnance avec 12,4%, et le Québec au dernier, avec 3,2%. Bien que le Québec enregistre une consommation relativement faible de la plupart des drogues d'ordonnance, c'est par contre la province où l'on consomme le plus de somnifères (6,1%) et de tranquillisants (7,4%).

Les drogues illicites

En 1993, environ un million de Canadiens (4,2%) ont déclaré avoir utilisé de la marijuana au cours de l'année précédente, le plus grand nombre se trouvant en Colombie-Britannique (6,0%) et le plus petit en Saskatchewan (2,3%). Les taux d'usage applicables aux autres provinces varient relativement peu de l'une à l'autre, allant de 3,3% au Manitoba à 5,3% à l'Ile-du-Prince-Edouard.

Les rapports provinciaux indiquent un usage minimal de la cocaïne, du crack, de l'héroïne, du LSD et du speed, mais Statistique Canada invite à faire preuve d'une grande réserve dans

TABLEAU 2 : Perception de l'urgence d'une action gouvernementale (cotée de 7 à 10 sur 10) face à certaines questions de santé, selon le groupe d'âge, le sexe, la province, la situation financière et le niveau d'instruction, chez les 15 ans et plus, Canada, 1990

	Usage de drogue	Usage de tabac	Problèmes d'alcool	Sida
TOTAL 15+	79%	53%	63%	78%
SEX				
Hommes	75	48	55	74
Femmes	84	57	71	82
GROUPE D'AGE				
15-19	77	50	61	89
20-24	72	44	59	85
25-34	78	50	65	81
35-44	81	54	64	77
45-54	85	58	65	78
55-64	83	56	64	71
65+	77	56	60	69
PROVINCE				
T-N	86	63	72	88
I-P-E	81	55	67	80
N-E	82	56	64	83
N-B	85	62	69	84
Qc	80	58	68	77
Ont	80	50	60	79
Man	73	47	56	74
Sask	78	46	60	73
Alb	76	48	62	79
C-B	77	53	63	78
SITUATION FINANCIERE				
Très pauvre	76	53	65	80
Pauvre	78	53	66	75
Modeste	84	57	69	84
Aisé	83	53	64	81
Riche	81	54	62	79
Inconnu	63	42	50	86
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Elémentaire	81	54	65	79
Secondaire	81	52	65	82
Collégiale	84	57	65	80
Universitaire	79	57	60	76

Source : Santé et Bien-être Canada, T. Stephens et D. Fowler-Graham, (éd.) *Enquête promotion de la santé (1990) : rapport technique* (Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1993).

l'interprétation des données. En 1993 cependant, quelque 0,3% des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la cocaïne ou du crack et un autre 0,3%, de l'héroïne, du LSD ou du speed. C'est en Colombie-Britannique (0,8%), en Nouvelle-Ecosse (0,6%) et au Québec (0,6%), que l'on déclare le plus souvent la cocaïne ou le crack. Dans les autres provinces, les taux se situent à 0,1% ou moins. Les plus hauts taux d'usage déclaré d'héroïne, de LSD ou de speed reviennent à la Nouvelle-Ecosse (0,8%), à la Colombie-Britannique (0,6%), et à l'Ile-du-Prince-Edouard (0,6%) et les plus bas, à Terre-Neuve (moins de 0,05%),au Nouveau-Brunswick (0,1%), à l'Ontario (0,1%), et au Manitoba (0,1%). (Ni le Territoire du Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest ne sont couverts par l'Enquête sociale générale.)

L'opinion publique sur l'abus des substances

Les participants à l'Enquête Promotion de la santé (1990) ont coté dans un ordre croissant de 1 à 10 l'importance de l'action gouvernementale face à certaines questions touchant la santé. Comme l'indique le Tableau 2, la majorité ont attribué une cote 7 ou supérieure à l'abus des substances : usage des drogues (79%), sida (78%), problèmes d'alcool (63%), et usage du tabac (53%). Les femmes s'inquiètent davantage que les hommes des questions concernant les substances. Les plus âgés se préoccupent surtout des questions de drogues et les moins âgés, du sida.

Les habitants des régions de l'Atlantique attachent normalement plus d'importance aux questions touchant l'alcool et les autres drogues qu'ailleurs au pays. Il n'existe aucun profil cohérent de leur opinion sur ces questions par classe de revenu et par niveau d'instruction.

L'ÀLCOOL

Les Canadiens consomment de moins en moins d'alcool. Parmi ceux ayant répondu à cette question de l'Enquête sociale générale de 1993 menée auprès des provinces, le pourcentage des 15 ans et plus ayant déclaré avoir bu au cours de l'année précédente s'établissait à 74,4% comparativement à 79,0% en 1991. Les ventes indiquent une consommation moyenne de 8,7 litres d'alcool absolu par habitant en 1991, soit un recul de 4,4%

TABLEAU 3 : Consommation d'alcool et toux de consommation au Canada, selon les variables sociodémographiques, Enquête sociale générale, 1993

	Non-buveurs		Buveurs[2]	Consommation moyenne par semaine[3,4]
	Abstinents	Anciens buveurs[1]		
POPULATION GLOBALE	7,7%	18.0%	74.4%	4.4
SEXE				
Hommes	4.9	14.6	80.5	5.9
Femmes	10.6	21.2	68.4	2.3
GROUPE D'AGE				
15-17 ans	17.5	24.9	57.5	0.4
18-19 ans	9.0	12.5	78.5	3.0
20-24 ans	4.0	9.4	86.6	3.2
25-34 ans	5.9	12.2	81.9	4.3
35-44 ans	4.6	15.0	80.4	3.7
45-54 ans	7.0	16.9	76.0	4.5
55-64 ans	8.9	24.2	66.9	4.5
65-74 ans	11.1	27.7	61.2	3.6
75 ans+	14.3	42.6	43.0	3.8
ETAT MATRIMONIAL				
Célibataire	8.3	13.7	78.0	5.0
Marié ou conjoint de fait	6.9	19.1	73.9	3.9
Divorcé ou séparé	5.0	18.1	76.9	4.6
Veuf	15.6	36.3	48.1	2.7
REVENU				
Inférieur	13.1	23.8	63.1	3.5
Moyen inférieur	10.3	22.2	67.5	3.9
Moyen	7.5	20.6	72.0	4.0
Moyen supérieur	4.9	13.0	82.2	4.1
Supérieur	2.8	9.4	87.9	4.8
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Grade universitaire	3.2	13.7	83.1	4.0
Postsecondaire	5.1	12.7	82.2	4.3
Secondaire	7.5	16.8	75.9	4.0
Moins que le secondaire	13.9	26.1	60.0	4.6
EMPLOI				
Avec emploi	4.7	12.6	82.9	4.5
En quête d'un emploi	7.6	17.9	74.5	5.9
Etudiant	15.7	16.3	71.9	3.8
Au foyer	14.4	25.8	59.8	2.2
Retraité	8.8	31.2	60.9	4.2
Autre	8.8	32.9	58.2	8.1

[1] Participants n'ayant bu aucun alcool durant les douze mois avant l'enquête.
[2] Participants ayant bu de l'alcool durant les douze mois avant l'enquête.
[3] Nombre moyen de consommations par semaine, calculé à partir de la fréquence de consommation et de la quantité habituelle déclarées par les participants. S'applique aux buveurs seulement.

avec 6,6 litres, suivi par la Saskatchewan (7,3 litres), l'Ile-du-Prince-Edouard (7,4 litres) et le Québec (7,7 litres).

Le tabac

Même si le tabagisme a sensiblement régressé au cours des récentes années, 29% des 15 ans et plus fument encore régulièrement. La proportion de la population qui fume varie selon les régions. C'est au Québec (34%) et à Terre-Neuve (32%) que l'on retrouve les plus fortes proportions de fumeurs, et en Ontario (27%) et en Colombie-Britannique (26%) les plus faibles.

Les drogues licites-médicaments prescrits et en vente libre

En 1993, plus de deux Canadiens de 15 ans et plus sur trois (69,8%) ont déclaré avoir utilisé de l'aspirine sous une forme ou une autre le mois précédant l'enquête. De toutes les drogues d'ordonnance, ce sont les analgésiques narcotiques que l'on consomme le plus (8,2% des sujets en avaient utilisés le mois précédent), tels la codéine, le Démérol et la morphine. Un sujet sur vingt-cinq environ (4,2%) avait consommé des somnifères et 3,8%, des tranquillisants. C'est au Québec où l'utilisation de l'aspirine est la plus faible (59,1%), et en Saskatchewan où elle est la plus grande (75,6%), puis à l'Ile-du-Prince-Edouard (74,5%) et en Nouvelle-Ecosse (74,4%). La Colombie-Britannique se classe au premier rang pour l'usage des analgésiques narcotiques sur ordonnance avec 12,4%, et le Québec au dernier, avec 3,2%. Bien que le Québec enregistre une consommation relativement faible de la plupart des drogues d'ordonnance, c'est par contre la province où l'on consomme le plus de somnifères (6,1%) et de tranquillisants (7,4%).

Les drogues illicites

En 1993, environ un million de Canadiens (4,2%) ont déclaré avoir utilisé de la marijuana au cours de l'année précédente, le plus grand nombre se trouvant en Colombie-Britannique (6,0%) et le plus petit en Saskatchewan (2,3%). Les taux d'usage applicables aux autres provinces varient relativement peu de l'une à l'autre, allant de 3,3% au Manitoba à 5,3% à l'Ile-du-Prince-Edouard.

Les rapports provinciaux indiquent un usage minimal de la cocaïne, du crack, de l'héroïne, du LSD et du speed, mais Statistique Canada invite à faire preuve d'une grande réserve dans

TABLEAU 2 : Perception de l'urgence d'une action gouvernementale (cotée de 7 à 10 sur 10) face à certaines questions de santé, selon le groupe d'âge, le sexe, la province, la situation financière et le niveau d'instruction, chez les 15 ans et plus, Canada, 1990

	Usage de drogue	Usage de tabac	Problèmes d'alcool	Sida
TOTAL 15+	79%	53%	63%	78%
SEX				
Hommes	75	48	55	74
Femmes	84	57	71	82
GROUPE D'AGE				
15-19	77	50	61	89
20-24	72	44	59	85
25-34	78	50	65	81
35-44	81	54	64	77
45-54	85	58	65	78
55-64	83	56	64	71
65+	77	56	60	69
PROVINCE				
T-N	86	63	72	88
I-P-E	81	55	67	80
N-E	82	56	64	83
N-B	85	62	69	84
Qc	80	58	68	77
Ont	80	50	60	79
Man	73	47	56	74
Sask	78	46	60	73
Alb	76	48	62	79
C-B	77	53	63	78
SITUATION FINANCIERE				
Très pauvre	76	53	65	80
Pauvre	78	53	66	75
Modeste	84	57	69	84
Aisé	83	53	64	81
Riche	81	54	62	79
Inconnu	63	42	50	86
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Elementaire	81	54	65	79
Secondaire	81	52	65	82
Collégiale	84	57	65	80
Universitaire	79	57	60	76

Source : Santé et Bien-être Canada, T. Stephens et D. Fowler-Graham, (éd.) *Enquête promotion de la santé (1990) : rapport technique* (Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1993).

l'interprétation des données. En 1993 cependant, quelque 0,3% des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la cocaïne ou du crack et un autre 0,3%, de l'héroïne, du LSD ou du speed. C'est en Colombie-Britannique (0,8%), en Nouvelle-Ecosse (0,6%) et au Québec (0,6%), que l'on déclare le plus souvent la cocaïne ou le crack. Dans les autres provinces, les taux se situent à 0,1% ou moins. Les plus hauts taux d'usage déclaré d'héroïne, de LSD ou de speed reviennent à la Nouvelle-Ecosse (0,8%), à la Colombie-Britannique (0,6%), et à l'Ile-du-Prince-Edouard (0,6%) et les plus bas, à Terre-Neuve (moins de 0,05%),au Nouveau-Brunswick (0,1%), à l'Ontario (0,1%), et au Manitoba (0,1%). (Ni le Territoire du Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest ne sont couverts par l'Enquête sociale générale.)

L'opinion publique sur l'abus des substances

Les participants à l'Enquête Promotion de la santé (1990) ont coté dans un ordre croissant de 1 à 10 l'importance de l'action gouvernementale face à certaines questions touchant la santé. Comme l'indique le Tableau 2, la majorité ont attribué une cote 7 ou supérieure à l'abus des substances : usage des drogues (79%), sida (78%), problèmes d'alcool (63%), et usage du tabac (53%). Les femmes s'inquiètent davantage que les hommes des questions concernant les substances. Les plus âgés se préoccupent surtout des questions de drogues et les moins âgés, du sida.

Les habitants des régions de l'Atlantique attachent normalement plus d'importance aux questions touchant l'alcool et les autres drogues qu'ailleurs au pays. Il n'existe aucun profil cohérent de leur opinion sur ces questions par classe de revenu et par niveau d'instruction.

L'ÀLCOOL

Les Canadiens consomment de moins en moins d'alcool. Parmi ceux ayant répondu à cette question de l'Enquête sociale générale de 1993 menée auprès des provinces, le pourcentage des 15 ans et plus ayant déclaré avoir bu au cours de l'année précédente s'établissait à 74,4% comparativement à 79,0% en 1991. Les ventes indiquent une consommation moyenne de 8,7 litres d'alcool absolu par habitant en 1991, soit un recul de 4,4%

TABLEAU 3 : Consommation d'alcool et taux de consommation au Canada, selon les variables sociodémographiques, Enquête sociale générale, 1993

	Non-buveurs		Buveurs[2]	Consommation moyenne par semaine[3]
	Abstinents	Anciens buveurs[1]		
POPULATION GLOBALE	7,7%	18,0%	74,4%	4,4
SEXE				
Hommes	4,8	14,6	80,6	5,8
Femmes	10,4	21,2	68,4	2,9
GROUPE D'AGE				
15-17 ans	17,8	24,9	57,3	0,8
18-19 ans	9,0	12,5	78,6	3,0
20-24 ans	6,0	9,4	84,6	5,2
25-34 ans	5,5	12,2	82,3	4,3
35-44 ans	4,6	15,0	80,4	4,7
45-54 ans	7,4	16,9	75,6	4,5
55-64 ans	8,9	24,2	66,9	3,5
65-74 ans	11,1	27,7	61,3	3,0
75 ans+	14,3	42,6	43,0	1,5
ETAT MATRIMONIAL				
Célibataire	8,3	13,7	78,0	5,0
Marié ou vivant de fait	6,8	14,1	79,1	3,9
Divorcé ou séparé	5,6	14,1	76,1	4,6
Veuf	15,4	36,3	48,3	2,7
REVENU				
Inférieur	13,1	23,8	63,1	3,5
Moyen inférieur	10,5	22,2	67,3	3,9
Moyen	7,5	20,6	72,0	4,0
Moyen supérieur	4,9	13,0	82,2	4,1
Supérieur	2,8	9,4	87,8	4,9
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Grade universitaire	5,2	13,7	81,1	4,9
Postsecondaire	5,1	12,7	82,2	4,5
Secondaire	7,3	16,8	75,9	4,3
Moins que le secondaire	11,9	26,1	62,0	4,0
EMPLOI				
Avec emploi	4,7	12,6	82,7	4,8
En quête d'un emploi	7,0	17,9	75,2	5,4
Etudiant	11,7	16,3	71,9	4,8
Au foyer	14,4	25,8	59,8	2,2
Retraité	8,8	31,2	60,0	4,2
Autre	8,4	32,9	58,7	5,1

[1] Participants n'ayant bu aucun alcool durant les douze mois ayant précédé l'enquête.
[2] Participants ayant bu de l'alcool durant les douze mois ayant précédé l'enquête.
[3] Nombre moyen de consommations par semaine, calculé à partir de la fréquence de consommation et de la quantité habituelle déclarées par les participants. S'applique aux buveurs seulement.

par rapport à 1990 d'après les ventes. Bien que la mortalité reliée à l'alcool ait diminué de 2% en 1990, plus de 18 500 décès dus à la consommation de ce produit ont néanmoins été dénombrés. L'alcool au volant demeure une cause majeure de décès chez les jeunes. Parmi les conducteurs mortellement blessés en 1990, 43% ont fourni des résultats positifs, et 35% présentaient un taux supérieur à la limite permise de 0,08% (c'est-à-dire 0,8 g d'alcool pur par 100 ml de sang).

Toux et caractéristiques des buveurs

D'après diverses enquêtes nationales, la proportion des Canadiens ayant déclaré être buveurs a diminué, s'établissant ainsi à 74,4% en 1993 contre 79,0% en 1991, selon l'Enquête sociale générale; à 77,7% en 1989, selon l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues; et à 81,0% en 1985, de nouveau selon l'Enquête sociale générale. En 1993, 18,0% ont déclaré être «anciens buveurs» et 7,7%, n'avoir «jamais bu».

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool (80,6% contre 68,4%), et la proportion de ceux qui déclarent consommer diminue avec l'âge, soit 84,6% chez les 20 à 24 ans et 43,0% chez les 65 ans ou plus (Tableau 3). Les Canadiens disposant d'un revenu relativement élevé et d'un niveau d'instruction postsecondaire sont plus nombreux à consommer que ceux ayant un revenu et un niveau d'instruction inférieurs (Tableau 3). Les sans emploi sont moins susceptibles que les autres de déclarer avoir bu au cours des douze mois précédant l'enquête (75,2% contre 82,7%).

Taux de consommation d'alcool

Étant donné que les consommateurs tendent à déclarer un usage d'alcool inférieur à la réalité lors des enquêtes générales menées auprès de la population, les données des ventes constituent un second indicateur fort utile. Or d'après ces données pour 1990-1991, les Canadiens ont bu quelque 2,1 milliards de litres de bière, 238 millions de litres de vin, et 144 millions de litres de spiritueux, la bière représentant 54,8% de la consommation totale, les spiritueux 30,3%, et le vin 15,0%. La proportion de la consommation globale enregistrée pour la bière, le vin et les spiritueux varie selon les provinces et territoires, celle de la bière étant relativement élevée au Québec, celle du vin au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, et celle des spiritueux dans les territoires du Nord-

TABLEAU 4 : Consommation de bière, vin et spiritueux et consommation totale d'alcool, Canada, provinces et territoires, 1990-1991

	Bière[2]	Vin[1]	Spiritueux[1]	Alcool pur par personne[2]
Canada	2,081,925	237,553	143,804	8.7
T.-N.	48,904	1,543	3,936	9.2
I.P.É.	8,310	561	734	7.1
N.-É.	59,492	4,667	5,762	7.9
N.-B.	46,473	3,822	2,943	6.9
Qc	540,195	72,763	17,759	7.7
Ont.	813,304	79,166	59,700	9.1
Man.	70,946	5,586	6,908	7.9
Sask.	54,766	3,806	6,461	7.1
Alb.	177,230	19,452	18,209	9.3
C.-B.	254,756	45,880	20,640	10.1
Yukon	3,581	335	281	15.0
T.N.-O.	3,968	251	493	11.1

[1] x 1,000 litres
[2] Litres
Source : Selon les données des ventes obtenues de la Division des institutions publiques, Statistique Canada.

Ouest et en Saskatchewan. (Tableau 4)

Les ventes d'alcool ont constamment régressé depuis 1980 (Tableau 5), ce qui tient compte de la baisse de 4,4% enregistrée en 1991 par rapport à 1990. Aucune tendance nette à long terme n'est cependant observable quant aux quantités proportionnelles de bière, de vin et de spiritueux consommée. Au cours des années 50 et 60, on avait noté une tendance à la hausse de la consommation relative du vin, et une autre à la baisse de celle de la bière, mais elles ne se sont pas maintenues. La bière a au contraire enregistré une légère hausse par rapport à la consommation globale au cours des récentes années, tandis que la part des spiritueux a diminué.

Aspects économiques de l'alcool

En 1990-1991, les ventes des boissons alcoolisées au pays ont dépassé les 10 milliards de dollars. Même si la consommation globale a reculé, la valeur des ventes de la bière et du vin au cours des récentes années a par contre enregistré des hausses légères mais constantes en termes de dollars courants. La valeur des spiritueux a cependant diminué, tant en termes de dollars réels que de dollars courants. Le Canadien moyen de 15 ans et

TABLEAU 5 : Consommation d'alcool sous forme de bière, vin et spiritueux et consommation totale d'alcool, de 1980-1981 à 1990-1991

	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91
Vin	1.44	1.50	1.52	1.51	1.55	1.59	1.53	1.57	1.48	1.40	1.31
Spiritueux	4.13	4.09	3.82	3.50	3.31	3.16	3.04	3.00	2.89	2.72	2.51
Bière	5.38	5.51	5.36	5.36	5.29	5.22	5.16	5.20	5.09	4.99	4.83
TOTAL	10.95	11.09	10.70	10.37	10.15	9.98	9.73	9.76	9.47	9.10	8.65

Source : Selon des données de la Division des institutions publiques, Statistique Canada.

plus a alors dépensé 247 dollars pour la bière, 84 dollars pour le vin, et 146 dollars pour les spiritueux. La plus forte dépense par habitant au titre de l'alcool revient au Territoire du Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest, reflétant les taux supérieurs de consommation dans ces régions.

De 1965 à 1985, le prix réel des boissons alcoolisées par rapport aux autres produits était généralement à la hausse, alors qu'en réalité, il était à la baisse par rapport au revenu net.[1] Depuis 1985 toutefois, il a peu varié. En 1989, plus de 19 000 personnes travaillaient à la production des boissons alcoolisées, représentant des traitements et salaires globaux d'environ 921 millions de dollars.[2] En 1990-1991, l'alcool a rapporté 2,97 milliards aux gouvernements provinciaux et territoriaux; l'alcool composant en fait 2% des recettes provinciales globales. Les recettes fédérales tirées des ventes d'alcool étaient alors évaluées à plus ou moins un milliard de dollars. La valeur des exportations d'alcool s'élevait pour sa part à 621 millions, contre 599 millions pour les importations. Les spiritueux constituent le gros des alcools exportés. Durant les quinze dernières années, la valeur des importations de la bière a progressé.

Caractéristiques des gros buveurs

Le profil démographique du gros buveur correspond à celui du jeune homme financièrement à l'aise qui fréquente les bars et les tavernes. Comme l'indique le Tableau 3, les hommes déclarent une consommation au moins deux fois supérieur à celle des femmes (5,9 consommations par semaine contre 2,3). Le nombre des consommations est particulièrement élevé chez ceux au début de la vingtaine (5,2 consommations par semaine). Les Canadiens à revenu élevé déclarent des niveaux deconsommation supérieurs à ceux à faible revenu. Bien que le niveau d'instruction soit clairement relié à l'habitude de boire, ce sont les moins instruits qui déclarent les plus hauts taux de consommation. Ainsi, les plus instruits sont plus susceptibles de boire que les autres, mais tendent à moins consommer.

Au Canada, on consomme le plus souvent dans un cadre intime, notamment lors de soirées paisibles à la maison (18%), de parties ou d'autres rencontres sociales (16%), ou en compagnie d'amis que l'on reçoit (16%) ou que l'on visite (15%). L'alcool consommé dans les bars et les tavernes représente 12% de la consommation globale, et celui consommé dans les restaurants, 13%. Le reste est consommé à l'occasion d'activités de plein air (5%), d'activités sportives (2%), de réunions de clubs ou d'autres mouvements (2%), ainsi que de concerts ou d'événements sportifs (1%). Comme le montre le Tableau 6, la répartition contextuelle de l'usage d'alcool est étroitement liée aux caractéristiques et aux différents niveaux de consommation des buveurs.[3] Chez les jeunes, les hommes célibataires consomment surtout dans les bars et les tavernes, lieux normalement associés à des niveaux de consommation élevés ainsi qu'aux problèmes de consommation.

Morbidité reliée à l'alcool

Même si le syndrome d'alcoolomanie correspond à un diagnostic médical clairement défini, on s'entend encore mal sur le concept plus large d'alcoolisme. Mais le terme alcoolique désigne généralement celui ou celle qui éprouve un problème social ou de santé majeur dû à la consommation d'alcool. En 1990, on estimait la fréquence de l'alcoolisme au Canada à 486 100

par rapport à 1990 d'après les ventes. Bien que la mortalité reliée à l'alcool ait diminué de 2% en 1990, plus de 18 500 décès dus à la consommation de ce produit ont néanmoins été dénombrés. L'alcool au volant demeure une cause majeure de décès chez les jeunes. Parmi les conducteurs mortellement blessés en 1990, 43% ont fourni des résultats positifs, et 35% présentaient un taux supérieur à la limite permise de 0,08% (c'est-à-dire 0,8 g d'alcool pur par 100 ml de sang).

Toux et caractéristiques des buveurs

D'après diverses enquêtes nationales, la proportion des Canadiens ayant déclaré être buveurs a diminué, s'établissant ainsi à 74,4% en 1993 contre 79,0% en 1991, selon l'Enquête sociale générale; à 77,7% en 1989, selon l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues; et à 81,0% en 1985, de nouveau selon l'Enquête sociale générale. En 1993, 18,0% ont déclaré être «anciens buveurs» et 7,7%, n'avoir «jamais bu».

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool (80,6% contre 68,4%), et la proportion de ceux qui déclarent consommer diminue avec l'âge, soit 84,6% chez les 20 à 24 ans et 43,0% chez les 65 ans ou plus (Tableau 3). Les Canadiens disposant d'un revenu relativement élevé et d'un niveau d'instruction postsecondaire sont plus nombreux à consommer que ceux ayant un revenu et un niveau d'instruction inférieurs (Tableau 3). Les sans emploi sont moins susceptibles que les autres de déclarer avoir bu au cours des douze mois précédant l'enquête (75,2% contre 82,7%).

Taux de consommation d'alcool

Étant donné que les consommateurs tendent à déclarer un usage d'alcool inférieur à la réalité lors des enquêtes générales menées auprès de la population, les données des ventes constituent un second indicateur fort utile. Or d'après ces données pour 1990-1991, les Canadiens ont bu quelque 2,1 milliards de litres de bière, 238 millions de litres de vin, et 144 millions de litres de spiritueux, la bière représentant 54,8% de la consommation totale, les spiritueux 30,3%, et le vin 15,0%. La proportion de la consommation globale enregistrée pour la bière, le vin et les spiritueux varie selon les provinces et territoires, celle de la bière étant relativement élevée au Québec, celle du vin au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, et celle des spiritueux dans les territoires du Nord-Ouest et en Saskatchewan. (Tableau 4)

TABLEAU 4 : Consommation de bière, vin et spiritueux et consommation totale d'alcool, Canada, provinces et territoires, 1990-1991

	Bière[1]	Vin[1]	Spiritueux[1]	Alcool pur par personne[2]
Canada	2,081,925	237,523	143,804	8.7
T-N	48,904	1,543	3,936	9.2
I-P-E	8,310	561	734	7.4
N-E	59,492	4,667	5,762	7.9
N-B	46,473	3,422	2,943	6.6
Qc	540,195	72,764	17,739	7.7
Ont	813,304	79,166	59,700	9.1
Man	70,946	5,586	6,908	7.9
Sask	54,766	3,896	6,461	7.3
Alb	177,230	19,452	18,209	9.3
C-B	254,756	45,880	20,648	10.1
Yukon	3,581	335	261	15.9
T-N-O	3,968	251	493	11.1

[1] x 1,000 litres.
[2] Litres
Source : Selon les données des ventes obtenues de la Division des institutions publiques, Statistique Canada.

Les ventes d'alcool ont constamment régressé depuis 1980 (Tableau 5), ce qui tient compte de la baisse de 4,4% enregistrée en 1991 par rapport à 1990. Aucune tendance nette à long terme n'est cependant observable quant aux quantités proportionnelles de bière, de vin et de spiritueux consommée. Au cours des années 50 et 60, on avait noté une tendance à la hausse de la consommation relative du vin, et une autre à la baisse de celle de la bière, mais elles ne se sont pas maintenues. La bière a au contraire enregistré une légère hausse par rapport à la consommation globale au cours des récentes années, tandis que la part des spiritueux a diminué.

Aspects économiques de l'alcool

En 1990-1991, les ventes des boissons alcoolisées au pays ont dépassé les 10 milliards de dollars. Même si la consommation globale a reculé, la valeur des ventes de la bière et du vin au cours des récentes années a par contre enregistré des hausses légères mais constantes en termes de dollars courants. La valeur des spiritueux a cependant diminué, tant en termes de dollars réels que de dollars courants. Le Canadien moyen de 15 ans et

TABLEAU 5 : Consommation d'alcool sous forme de bière, vin et spiritueux et consommation totale d'alcool, de 1980-1981 à 1990-1991

	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91
Vin	1.44	1.50	1.52	1.51	1.55	1.59	1.53	1.57	1.48	1.40	1.31
Spiritueux	4.13	4.09	3.82	3.50	3.31	3.16	3.04	3.00	2.89	2.72	2.51
Bière	5.38	5.51	5.36	5.36	5.29	5.22	5.16	5.20	5.09	4.99	4.83
TOTAL	10.95	11.09	10.70	10.37	10.15	9.98	9.73	9.76	9.47	9.10	8.65

Source : Selon des données de la Division des institutions publiques, Statistique Canada.

plus a alors dépensé 247 dollars pour la bière, 84 dollars pour le vin, et 146 dollars pour les spiritueux. La plus forte dépense par habitant au titre de l'alcool revient au Territoire du Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest, reflétant les taux supérieurs de consommation dans ces régions.

De 1965 à 1985, le prix réel des boissons alcoolisées par rapport aux autres produits était généralement à la hausse, alors qu'en réalité, il était à la baisse par rapport au revenu net.[1] Depuis 1985 toutefois, il a peu varié. En 1989, plus de 19 000 personnes travaillaient à la production des boissons alcoolisées, représentant des traitements et salaires globaux d'environ 921 millions de dollars.[2] En 1990-1991, l'alcool a rapporté 2,97 milliards aux gouvernements provinciaux et territoriaux; l'alcool composant en fait 2% des recettes provinciales globales. Les recettes fédérales tirées des ventes d'alcool étaient alors évaluées à plus ou moins un milliard de dollars. La valeur des exportations d'alcool s'élevait pour sa part à 621 millions, contre 599 millions pour les importations. Les spiritueux constituent le gros des alcools exportés. Durant les quinze dernières années, la valeur des importations de la bière a progressé.

Caractéristiques des gros buveurs

Le profil démographique du gros buveur correspond à celui du jeune homme financièrement à l'aise qui fréquente les bars et les tavernes. Comme l'indique le Tableau 3, les hommes déclarent une consommation au moins deux fois supérieur à celle des femmes (5,9 consommations par semaine contre 2,3). Le nombre des consommations est particulièrement élevé chez ceux au début de la vingtaine (5,2 consommations par semaine). Les Canadiens à revenu élevé déclarent des niveaux deconsommation supérieurs à ceux à faible revenu. Bien que le niveau d'instruction soit clairement relié à l'habitude de boire, ce sont les moins instruits qui déclarent les plus hauts taux de consommation. Ainsi, les plus instruits sont plus susceptibles de boire que les autres, mais tendent à moins consommer.

Au Canada, on consomme le plus souvent dans un cadre intime, notamment lors de soirées paisibles à la maison (18%), de parties ou d'autres rencontres sociales (16%), ou en compagnie d'amis que l'on reçoit (16%) ou que l'on visite (15%). L'alcool consommé dans les bars et les tavernes représente 12% de la consommation globale, et celui consommé dans les restaurants, 13%. Le reste est consommé à l'occasion d'activités de plein air (5%), d'activités sportives (2%), de réunions de clubs ou d'autres mouvements (2%), ainsi que de concerts ou d'événements sportifs (1%). Comme le montre le Tableau 6, la répartition contextuelle de l'usage d'alcool est étroitement liée aux caractéristiques et aux différents niveaux de consommation des buveurs.[3] Chez les jeunes, les hommes célibataires consomment surtout dans les bars et les tavernes, lieux normalement associés à des niveaux de consommation élevés ainsi qu'aux problèmes de consommation.

Morbidité reliée à l'alcool

Même si le syndrome d'alcoolomanie correspond à un diagnostic médical clairement défini, on s'entend encore mal sur le concept plus large d'alcoolisme. Mais le terme alcoolique désigne généralement celui ou celle qui éprouve un problème social ou de santé majeur dû à la consommation d'alcool. En 1990, on estimait la fréquence de l'alcoolisme au Canada à 486 100

cas, soit 1 900 par 100 000 habitants.[4] Il convient cependant d'interpréter ces chiffres avec réserve, puisqu'ils sont calculés à partir des décès imputables à une cirrhose du foie et s'appuient sur des études quelque peu dépassées des morts par cirrhose alcoolique. Au mieux, il s'agit d'estimations brutes du nombre de Canadiens ayant souffert de problèmes graves dus à la consommation d'alcool.

Les données sur les personnes atteintes de problèmes de santé liés à l'alcool visent strictement les cas traités et déclarés dans le cadre des régimes de soins de santé et ne tiennent compte d'aucune information provenant des groupes d'entraide, tels les Alcooliques anonymes, qui forment une composante non seulement importante mais essentielle du traitement des problèmes d'alcool les plus graves. En 1989-1990, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux canadiens ont dénombré 39 357 hospitalisations reliées à l'alcool, soit 124 par 100 000 habitants.[5]

Le diagnostic associé à l'alcool le plus souvent posé est celui du syndrome de dépendance, qui vise 46% de toutes les hospitalisations reliées à l'alcool et dont 72% concernent des hommes. Le syndrome touche sur tout les hommes et les femmes de 45 à 64 ans, qui représentent 36% de tous les cas de morbidité due à l'alcool. L'âge médian des hommes et des femmes traités dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques pour des problèmes reliés à l'alcool est de 48 ans.

Sur tous les départs des hôpitaux (ou congés pour fin de traitement) enregistrés dans les provinces et les territoires, plus du tiers (37%) visent l'Ontario, ce qui correspond sensiblement au pourcentage de la population de cette province par rapport à celle de l'ensemble du pays. C'est à l'Ile-du-Prince-Edouard (350,7 par 100 000 habitants) et en Saskatchewan (235,3) que reviennent les plus hauts taux d'hospitalisation reliée à l'alcool par habitant, et au Québec (1 14,8) et au Nouveau-Brunswick (117,l) les plus bas.[6]

Mortalité reliée à l'alcool

Comme l'indique le Tableau 7, 18 624 décès ont été imputés à l'alcool au Canada en 1990, soit 70 par 100 000 habitants.[7]

Ces décès comprenaient 2 155 cas de cirrhose et d'autres affections du foie (11,5% de tous les décès dus à l'alcool); 605 cas de troubles mentaux (3,2%); 5 310 cas de cancers (28,4%); 3 755 cas d'affections cardiaques et d'autres troubles du système circulatoire (20,1%); 2 440 cas d'affections du système respiratoire (13,0%); 1 805 cas d'accidents de la route (9,6%); et 825 cas de chutes accidentelles (4,4%).

Le plus haut taux de décès reliés à l'alcool revient à l'Ile-du-Prince-Edouard (82,1 par 100 000 habitants) et le plus bas, aux Territoires du Nord-Ouest (55,4). Ce taux relativement bas peut refléter la tendance qu'ont les gens du sud du pays travaillant dans les Territoires à retourner chez eux au moment de prendre leur retraite ou avant, ou encore lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux.

Accidents de la route reliés à l'alcool

Même si plusieurs indicateurs de l'alcool au volant sont à la baisse depuis dix ans, les accidents de la route reliés à l'alcool représentent toujours un problème de santé et de société majeur. On évalue à plus de 1 800 le nombre des Canadiens tués dans de tels accidents en 1990. L'alcool au volant constitue la toute première cause de mortalité chez les jeunes.

En 1990, 43% des conducteurs mortellement blessés présentaient un taux d'alcoolémie, dont 35% un taux supérieur à la limite de 0,08%, et 27% un taux supérieur à 0,15%.[8] Ces taux ont régressé au cours des onze dernières années, mais demeurent particulièrement élevés chez les 26 à 35 ans.

Selon l'Enquête Promotion de la santé de 1990, un Canadien de 15 ans et plus sur cinq a déclaré avoir conduit après avoir bu le mois avant l'enquête. C'est là un comportement assez courant chez les hommes de 25 à 45 ans, chez les plus instruits et, ce qui n'a rien d'étonnant, chez les gros buveurs.

Infractions concernant l'alcool

L'accessibilité de l'alcool est réglementée par une combinaison de lois fédérales, provinciales et territoriales. Chaque province et territoire détient un monopole qui lui permet de contrôler, à divers degrés, les ventes d'alcool. Les lois provinciales et territoriales régissant la délivrance des permis prévoient les conditions de vente (p. ex. l'âge minimal de consommation), les interdictions de vente (p. ex. aux personnes intoxiquées), ainsi que le transport des boissons alcoolisées. L'âge légal pour boire de l'alcool est de 19 ans partout au pays, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où il se situe à 18 ans.

La conduite avec facultés affaiblies constitue

TABLEAU 6 : Taux de la consommation totale d'alcool, selon le contexte, 1989

	Soirée tranquille chez-soi	Visite d'amis	Restaurant	Bar ou taverne	Parties, marriages, etc.	Autre
TOTAL	18.1	30.2	12.7	11.9	15.9	11.2
SEXE						
Hommes	20.1	28.0	11.0	14.1	13.7	13.1
Femmes	15.9	32.7	14.6	9.4	18.4	8.9
GROUPE D'AGE						
15-19 ans	6.1	29.5	5.8	21.0	27.1	10.5
20-24 ans	8.3	26.1	10.0	27.3	15.2	13.0
25-34 ans	16.8	30.3	12.8	13.7	14.6	11.9
35-44 ans	22.3	29.9	14.3	8.2	14.5	10.7
45-54 ans	22.4	28.1	16.7	7.4	13.3	12.1
55-64 ans	23.7	32.2	13.2	3.3	18.1	9.4
65+ ans	24.7	37.5	12.2	2.2	14.1	9.4
REVENU						
<$10,000	17.0	32.5	8.9	16.0	18.6	7.0
$10-19,999	17.7	33.8	10.1	13.9	16.2	8.3
$20-39,999	19.8	30.9	12.0	11.2	14.9	11.3
$40-59,999	18.8	29.2	13.8	9.9	15.7	12.6
$60,000+	16.7	28.8	16.7	11.9	13.1	12.7
NIVEAU D'INSTRUCTION						
<Secondaire	20.5	31.5	8.8	9.8	18.8	10.5
Secondaire	17.9	30.2	12.2	12.7	15.4	11.6
Postsecondaire	15.2	28.8	14.0	15.0	16.0	11.0
Grade universitaire	19.2	30.7	18.2	9.0	11.5	11.4
ETAT MATRIMONIAL						
Marié	22.4	31.1	13.2	6.4	15.6	11.3
Séparé	17.3	30.7	15.7	14.8	11.7	9.9
Divorcé	16.7	28.9	15.8	14.8	13.7	10.1
Veuf	18.2	41.8	15.3	2.6	15.4	6.6
Célibataire	10.1	27.2	10.6	23.1	17.2	11.7
TAUX DE CONSOMMATION L'ANNÉE PRECEDENTE						
Premier décile	18.4	24.9	8.4	25.9	7.6	4.8
Bas du 1er quartile	21.9	27.1	9.6	16.4	9.4	15.5
2e quartile	23.0	28.7	12.8	12.4	10.8	12.2
3e quartile	24.2	32.1	12.7	8.6	12.9	9.5
4e quartile	5.4	33.6	15.9	6.6	30.6	7.9
FREQUENCE DES FORTES CONSOMMATION L'ANNEE PRECEDENTE						
Jamais	17.1	33.8	15.2	5.7	19.3	8.8
1 à 5 fois	19.1	28.7	11.7	13.7	13.9	12.8
6 à 14 fois	19.4	25.7	9.9	17.2	12.8	15.0
15 fois +	18.2	23.2	7.4	27.7	9.9	13.5
PROBLEMES D'ALCOOL D'ANNEE PRECEDENTE						
Non	18.4	31.8	1.4	8.5	16.4	10.9
Qui	17.7	28.3	11.0	16.1	15.3	11.7

Source : E. Single et S. Wortley, «Drinking in Various Settings as it Relates to Socio-demographic Variables and Level of Consumption: Findings from a National Survey in Canada», *Journal of Studies on Alcohol 54* (1993): 590-599.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

TABLEAU 7 : Nombre et taux des décès reliés à l'alcool par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1990

	Cause directe de décès[1]	Accidents de la route	Autres causes indirects[2]	Total des décès dus à l'alcool	Taux par 100 00 habitants
T-N	47	35	255	337	58.8
I-P-E	12	15	80	107	82.1
N-E	91	75	540	706	79.2
N-B	45	65	385	495	68.4
Qc	665	490	3,620	4,775	70.6
Ont	1,159	480	4,910	6,549	67.3
Man	132	60	630	822	75.4
Sask	79	75	595	749	74.9
Alb	289	210	1,070	1,569	63.5
C-B	425	285	1,755	2,465	78.7
Yukon	10	5	5	20	77.2
N-T-O	5	5	20	30	55.4
Canada	2,959	1,805	13,860	18,624	70.0

[1]Décès causés par des troubles chroniques du foie et la cirrhose, les troubles mentaux dus à l'alcool, et d'autres causes directes.
[2]Décès causés par les tumeurs, les troubles du système circulatoire ou respiratoire, ainsi que les chutes, incendies, suicides et homicides.
Source : Statisque Canada, *Rapports sur la santé, suppl. n° 11, 1991, Vol. 3, n° 1, Causes de décès, 1990* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 82-003S, 1992).

un crime pénal et, partant, relève de la compétence fédérale. Quiconque opère un véhicule alors qu'il présente un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise de 0,08% ou refuse de se soumettre à un alcootest ou à un prélèvement sanguin sans motif valable contrevient au Code criminel du Canada.

Même si le nombre des infractions aux lois provinciales et territoriales régissant les alcools a diminué en moyenne de 3,5% par année depuis dis ans, on en a dénombré plus de 220 000 len 1991, soit 65% de toutes les infractions alors déclarées en vertu des lois provinciales (abstraction faite des infractions au Code de la route). Les plus hauts taux concernent les territoires du Yukon et du Nord-Quest, puis l;I;e-du-Prince-Edouard, et les plus bas, le Québec. En 1991-1992, 5 766 Canadiens ont été incarcérés pour avoir enfreint les lois provinciales et territoriales ré gissant les alcools, soit 8% des populations carcérales provinciales et territoriales.

Quant aux infractions au Code criminel pour conduite avec facultés affaiblies, même si elles ont généralement diminué depuis 1983, leur nombre a atteint plus de 140 000 en 1991. Les plus hauts taux enregistrés visent dans l'ordre les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon, l'Alberta et la Saskatchewan, et les plus bas, l'Ontario et le Québec. Abstraction faite de l'Ontario, où les données ne sont pas disponibles, en 1991-1992, plus de 13 000 Canadiens ont été incarcérés pour conduite avec facultés affaiblies, soit 17% de tous les détenus des établissements correctionnels provinciaux et territoriaux.

Opinion publique sur les problèmes d'alcool

Selon l'Enquête Promotion de la santé de 1990, plus de 75% des Canadiens hommes et femmes estiment qu'il est normal de boire à une réception, dans un bar avec des amis, au repas du soir à la maison, ou lors de la visite d'amis. Ils sont aussi majoritaires à penser qu'il est préférable de se limiter à une ou deux consommations plutôt que de consommer suffisamment pour en «ressentir les effets». Mais l'opinion est partagée quant à la pertinence de consommer lors d'événements sportifs ou avec des amis après le travail, et la majorité (59%) estiment inapproprié de boire avec les collègues à l'heure du lunch. Les femmes font preuve d'une plus grande modération que les hommes, préférant s'abstenir ou se limiter à une ou deux consommations, plutôt que de boire jusqu'à en «ressentir les effets».

Environ un sixième (16%) des buveurs croient qu'ils auraient intérêt à réduire leur consommation. Les plus âgés ont moins tendance que les autres à voir l'avantage de diminuer, et les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à y voir un avantage.

En ce qui touche les questions de principe, les participants à l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues réalisée en 1989 auprès des provinces appuient généralement les contrôles restreignant l'accessibilité de l'alcool (Tableau 8). La plupart croient en l'utilité d'apposer un avertissement sur les contenants (74,4%) et d'interdire la vente d'alcool dans les «petits magasins du coin» (73,6%). Une légère majorité (50,5%) souhaitent l'interdiction des publicités sur les boissons alcoolisées à la télévision. Un tiers seulement favorisent l'interdiction des commandites d'événements sportifs et culturels par les sociétés d'alcools.

Selon cette même enquête, la plupart des

Canadiens voudraient que le gouvernement fasse davantage pour promouvoir la santé, notamment qu'il interdise de servir les personnes déjà intoxiquées, soutiennent les programmes de prévention et de traitement, et multiplie sa publicité anti-alcool. Ils considèrent aussi les programmes d'entraide, tels les Alcooliques anonymes, comme modérément ou très efficaces (79%), et jugent aussi efficaces les efforts communautaires de prévention (64,0%), les services téléphoniques d'urgence (63,2%), et les services de traitement dispensés par les travailleurs sociaux ou le personnel médical (60,3%)

LE TABAC

Le Canada compte aujourd'hui beaucoup moins de fumeurs. L'Enquête Promotion de la santé de 1990 révèle que 29% (environ 6 millions) des Canadiens fument, soit un recul de près de 50% depuis 1965. Les ventes de cigarettes par adulte ont diminué de presque autant, passant de 3 826 cigarettes par personne de 15 ans et plus en 1981 à 2 192 en 1991.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'éventuel impact des réductions de taxes sur les cigarettes décrétées par le fédéral en 1994. Selon une première analyse, on ne constate aucun changement du taux global des fumeurs depuis 1991. La quantité de tabac fumé demeure la même, avec une moyenne de 19 cigarettes par

TABLEAU 8 : Opinion publique sur les questions de principe concernant l'alcool et les drogues, Canada, 1989

	Reponses (%)			Taille de l'echantillon
	Oui	Non	Ne sais pas	
Devrait-on permettre la vente d'alcool dans les depanneurs?	23.4%	73.6%	3.1%	11,563
Devrait-on apposer une mise en gardes sur les contenants d'alcool?	74.4	22.5	3.1	11,563
Le gouvernement devrait-il interdire la publicité en faveur de l'alcool à la télévision?	50.5	43.6	5.8	11,565
Le gouvernement devrait-il interdire les événements sportif commandité par des sociétés d'alcool?	33.1	58.7	8.2	11,560
La possession de la marijuana devrait-elle devrait-elle être jugée criminelle?	54.4	35.3	10.3	11,540

Source : Santé et Bien-être Canada, M. Eliany, N. Giesbrecht, M. Nelson, B. Wellman et S. Wortley, (éd.) *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (1989) : *Points saillants*, (Ottawa Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1990).

jour. Les fumeurs de 15 à 19 ans ont par contre augmenté, situation que l'on suivra lors des prochaines enquêtes cycliques.[9]

A l'échelle nationale, ce sont surtout les 25 à 44 ans (35%) qui fument le plus et les 65 ans ou plus (15%) qui fument le moins. Selon les estimations courantes, le nombre des décès imputés au tabagisme atteint jusqu'à 38 000 cas par année. L'atmosphère enfumée créée par les fumeurs et à laquelle sont aussi soumis les non-fumeurs menace la santé et des fumeurs et des non-fumeurs. L'exposition involontaire à la fumée du tabac serait à l'origine d'au moins 330 décès par année au Canada.[10]

Toux d'usage du tabac

Selon les diverses enquêtes nationales, le taux des fumeurs atteignait près de 50% en 1965, 44% en 1975, 40% en 1981, 32% en 1989, et 29% en 1990.[11] L'Enquête Promotion de la santé de 1990 révèle que 29% des participants étaient fumeurs, 35% anciens fumeurs, et 36% abstinents.

En 1991, 46,8 milliards de cigarettes ont été vendues légalement au Canada,[12] ce qui représente 2 192 cigarettes par personne de 15 ans et plus ou 21 cigarettes par jour par fumeur, soit un recul par rapport à la moyenne de 27 enregistrée en 1985. On estime néanmoins que le fumeur moyen dépense 1 866,50 dollars par année pour fumer.[13] De toutes les ventes de tabac, les cigarettes usinées constituent environ 85%, le tabac de fine coupe 14%, et les cigares, le tabac à pipe et le tabac à priser ou à chiquer, moins de 2%.

Aspects économiques du tabac

Le nombre des employés du secteur du tabac a sensiblement diminué. Des quelque 10 000 employés affectés au traitement et à la fabrication des divers produits du tabac en 1977, il n'en restait plus que 5 500 environ en 1988, représentant plus de 230 millions de dollars en traitements et salaires.

En 1990-1991, le tabac a rapporté 2,38 milliards de dollars de recettes au gouvernement fédéral et 2,67 milliards aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Les taxes sur le paquet de 25 cigarettes variaient alors entre 4,11 dollars en Alberta et 5,05 dollars au Yukon. Jusqu'au début des années 80, le prix réel des cigarettes

TABLEAU 7 : Nombre et taux des décès reliés à l'alcool par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1990

	Cause directe de décès[1]	Accidents de la route	Autres causes indirects[2]	Total des décès dus à l'alcool	Taux par 100 00 habitants
T-N	47	35	255	337	58.8
I-P-E	12	15	80	107	82.1
N-E	91	75	540	706	79.2
N-B	45	65	385	495	68.4
Qc	665	490	3,620	4,775	70.6
Ont	1,159	480	4,910	6,549	67.3
Man	132	60	630	822	75.4
Sask	79	75	595	749	74.9
Alb	289	210	1,070	1,569	63.5
C-B	425	285	1,755	2,465	78.7
Yukon	10	5	5	20	77.2
N-T-O	5	5	20	30	55.4
Canada	2,959	1,805	13,860	18,624	70.0

[1]Décès causés par des troubles chroniques du foie et la cirrhose, les troubles mentaux dus à l'alcool, et d'autres causes directes.
[2]Décès causés par les tumeurs, les troubles du système circulatoire ou respiratoire, ainsi que les chutes, incendies, suicides et homicides.
Source : Statisque Canada, *Rapports sur la santé, suppl. n° 11, 1991, Vol. 3, n° 1, Causes de décès, 1990* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 82-003S, 1992).

un crime pénal et, partant, relève de la compétence fédérale. Quiconque opère un véhicule alors qu'il présente un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise de 0,08% ou refuse de se soumettre à un alcootest ou à un prélèvement sanguin sans motif valable contrevient au Code criminel du Canada.

Même si le nombre des infractions aux lois provinciales et territoriales régissant les alcools a diminué en moyenne de 3,5% par année depuis dix ans, on en a dénombré plus de 220 000 en 1991, soit 65% de toutes les infractions alors déclarées en vertu des lois provinciales (abstraction faite des infractions au Code de la route). Les plus hauts taux concernent les territoires du Yukon et du Nord-Ouest, puis l'Île-du-Prince-Édouard, et les plus bas, le Québec. En 1991-1992, 5 766 Canadiens ont été incarcérés pour avoir enfreint les lois provinciales et territoriales régissant les alcools, soit 8% des populations carcérales provinciales et territoriales.

Quant aux infractions au Code criminel pour conduite avec facultés affaiblies, même si elles ont généralement diminué depuis 1983, leur nombre a atteint plus de 140 000 en 1991. Les plus hauts taux enregistrés visent dans l'ordre les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon, l'Alberta et la Saskatchewan, et les plus bas, l'Ontario et le Québec. Abstraction faite de l'Ontario, où les données ne sont pas disponibles, en 1991-1992, plus de 13 000 Canadiens ont été incarcérés pour conduite avec facultés affaiblies, soit 17% de tous les détenus des établissements correctionnels provinciaux et territoriaux.

Opinion publique sur les problèmes d'alcool

Selon l'Enquête Promotion de la santé de 1990, plus de 75% des Canadiens hommes et femmes estiment qu'il est normal de boire à une réception, dans un bar avec des amis, au repas du soir à la maison, ou lors de la visite d'amis. Ils sont aussi majoritaires à penser qu'il est préférable de se limiter à une ou deux consommations plutôt que de consommer suffisamment pour en «ressentir les effets». Mais l'opinion est partagée quant à la pertinence de consommer lors d'événements sportifs ou avec des amis après le travail, et la majorité (59%) estiment inapproprié de boire avec les collègues à l'heure du lunch. Les femmes font preuve d'une plus grande modération que les hommes, préférant s'abstenir ou se limiter à une ou deux consommations, plutôt que de boire jusqu'à en «ressentir les effets».

Environ un sixième (16%) des buveurs croient qu'ils auraient intérêt à réduire leur consommation. Les plus âgés ont moins tendance que les autres à voir l'avantage de diminuer, et les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à y voir un avantage.

En ce qui touche les questions de principe, les participants à l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues réalisée en 1989 auprès des provinces appuient généralement les contrôles restreignant l'accessibilité de l'alcool (Tableau 8). La plupart croient en l'utilité d'apposer un avertissement sur les contenants (74,4%) et d'interdire la vente d'alcool dans les «petits magasins du coin» (73,6%). Une légère majorité (50,5%) souhaitent l'interdiction des publicités sur les boissons alcoolisées à la télévision. Un tiers seulement favorisent l'interdiction des commandites d'événements sportifs et culturels par les sociétés d'alcools.

Selon cette même enquête, la plupart des

Canadiens voudraient que le gouvernement fasse davantage pour promouvoir la santé, notamment qu'il interdise de servir les personnes déjà intoxiquées, soutiennent les programmes de prévention et de traitement, et multiplie sa publicité anti-alcool. Ils considèrent aussi les programmes d'entraide, tels les Alcooliques anonymes, comme modérément ou très efficaces (79%), et jugent aussi efficaces les efforts communautaires de prévention (64,0%), les services téléphoniques d'urgence (63,2%), et les services de traitement dispensés par les travailleurs sociaux ou le personnel médical (60,3%)

LE TABAC

Le Canada compte aujourd'hui beaucoup moins de fumeurs. L'Enquête Promotion de la santé de 1990 révèle que 29% (environ 6 millions) des Canadiens fument, soit un recul de près de 50% depuis 1965. Les ventes de cigarettes par adulte ont diminué de presque autant, passant de 3 826 cigarettes par personne de 15 ans et plus en 1981 à 2 192 en 1991.

Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'éventuel impact des réductions de taxes sur les cigarettes décrétées par le fédéral en 1994. Selon une première analyse, on ne constate aucun changement du taux global des fumeurs depuis 1991. La quantité de tabac fumé demeure la même, avec une moyenne de 19 cigarettes par

TABLEAU 8 : Opinion publique sur les questions de principe concernant l'alcool et les drogues, Canada, 1989

	Réponses (%)			Taille de l'échantillon
	Oui	Non	Ne sais pas	
Devrait-on permettre la vente d'alcool dans les dépanneurs?	23.4%	73.6%	3.1%	[illegible]
Devrait-on apposer une mise en garde sur les contenants d'alcool?	74.4	22.5	3.1	[illegible]
Le gouvernement devrait-il interdire la publicité en faveur de l'alcool à la télévision?	50.5	43.6	5.8	[illegible]
Le gouvernement devrait-il interdire les événements sportifs commandités par des sociétés d'alcool?	33.1	58.7	8.2	[illegible]
La possession de la marijuana devrait-elle devrait-elle être tenue criminelle?	54.4	35.1	10.3	[illegible]

Source : Santé et Bien-être Canada, M. Eliany, N. Giesbrecht, M. Nelson, B. Wellman et S. Wortley, (éd.) *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (1989) : *Points saillants*, (Ottawa Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1990)

jour. Les fumeurs de 15 à 19 ans ont par contre augmenté, situation que l'on suivra lors des prochaines enquêtes cycliques.[9]

A l'échelle nationale, ce sont surtout les 25 à 44 ans (35%) qui fument le plus et les 65 ans ou plus (15%) qui fument le moins. Selon les estimations courantes, le nombre des décès imputés au tabagisme atteint jusqu'à 38 000 cas par année. L'atmosphère enfumée créée par les fumeurs et à laquelle sont aussi soumis les non-fumeurs menace la santé et des fumeurs et des non-fumeurs. L'exposition involontaire à la fumée du tabac serait à l'origine d'au moins 330 décès par année au Canada.[10]

Taux d'usage du tabac

Selon les diverses enquêtes nationales, le taux des fumeurs atteignait près de 50% en 1965, 44% en 1975, 40% en 1981, 32% en 1989, et 29% en 1990.[11] L'Enquête Promotion de la santé de 1990 révèle que 29% des participants étaient fumeurs, 35% anciens fumeurs, et 36% abstinents.

En 1991, 46,8 milliards de cigarettes ont été vendues légalement au Canada,[12] ce qui représente 2 192 cigarettes par personne de 15 ans et plus ou 21 cigarettes par jour par fumeur, soit un recul par rapport à la moyenne de 27 enregistrée en 1985. On estime néanmoins que le fumeur moyen dépense 1 866,50 dollars par année pour fumer.[13] De toutes les ventes de tabac, les cigarettes usinées constituent environ 85%, le tabac de fine coupe 14%, et les cigares, le tabac à pipe et le tabac à priser ou à chiquer, moins de 2%.

Aspects économiques du tabac

Le nombre des employés du secteur du tabac a sensiblement diminué. Des quelque 10 000 employés affectés au traitement et à la fabrication des divers produits du tabac en 1977, il n'en restait plus que 5 500 environ en 1988, représentant plus de 230 millions de dollars en traitements et salaires.

En 1990-1991, le tabac a rapporté 2,38 milliards de dollars de recettes au gouvernement fédéral et 2,67 milliards aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Les taxes sur le paquet de 25 cigarettes variaient alors entre 4,11 dollars en Alberta et 5,05 dollars au Yukon. Jusqu'au début des années 80, le prix réel des cigarettes

TABLEAU 9 : Nombre des décès causés indirectement par l'usage du tabac et taux par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1990.

	Nombre des décès	Taux par 100,000 habitants	Taux / 100,000 habitants chez les 20 ans+
T-N	708	122.3	181.6
I-P-E	228	158.9	228.5
N-E	1,351	155.7	217.0
N-B	979	139.0	196.7
Qc	9,327	137.2	187.1
Ont	13,234	139.6	191.9
Man	1,596	146.7	207.9
Sask	1,487	143.5	209.6
Alb	2,511	102.0	147.8
C-B	4,261	136.8	187.0
Yukon	17	63.1	93.7
N-T-O	21	39.6	67.5
Canada	35,717	135.6	188.1

Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé, suppl. n° 11, vol 3, n° 1, 1992, Causes des décès, 1990* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 82-003S11, 1992).

relativement à d'autres produits accusait en fait un recul. Par contre, depuis le début des années 80 jusqu'aux baisses de taxes de 1994, les hausses du prix des cigarettes excédaient nettement celles des prix des autres produits.

Caractéristiques des fumeurs

Les hommes étaient autrefois plus nombreux que les femmes à fumer, mais l'écart séparant les deux groupes a aujourd'hui quasi-disparu (31% contre 28%). Les hommes sont par contre plus susceptibles d'être d'anciens fumeurs (39% contre 31%). La plus grande proportion de fumeurs se retrouve chez les 25 à 44 ans (35%) et la plus faible, chez les plus de 65 ans (15%). La probabilité de fumer est en général plus grande chez les personnes relativement moins instruites et disposant d'un revenu inférieur que chez les autres. Par contre, les plus instruits et les mieux nantis tendent à fumer un plus grand nombre de cigarettes par jour.[14]

Mortalité reliée à l'usage du tabac

Les données fournies dans la présente section reflètent les estimations des décès directement causés par le tabagisme et font abstraction des diverses causes indirectes. On estime à 35 717 le nombre des décès dus au tabagisme dans tout le pays en 1990, soit 135,6 par 100 000 habitants.[15] Ce calcul s'appuie sur les décès causés par la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, ainsi que sur 30% de tous ceux causés par les tumeurs, les hémorragies cérébrales, l'hypertension et les affections cardiaques. Les plus hauts taux de décès imputables au tabagisme reviennent à l'Ile-du-Prince-Edouard (158,9 par 100 000 habitants) et à la Nouvelle-Ecosse (155,7), et les plus bas, au Yukon (63,1) et aux Territoires du Nord-Ouest (39,6). Les taux relativement bas observés dans les Territoires peuvent refléter en partie la tendance de certains habitants à retourner dans le sud au moment de leur retraite ou lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux.

Attitudes envers l'usage du tabac

Selon les réponses des participants à l'Enquête Promotion de la santé de 1990 à la question de savoir s'ils pouvaient améliorer leur santé et leur bien-être, la vaste majorité des fumeurs (81%) ont répondu qu'ils auraient intérêt à cesser de fumer.

LES DROGUES LICITES

Médicaments prescrits et en vente libre

L'usage des médicaments a régressé depuis 1985, mais il demeure néanmoins élevé, surtout chez les Canadiens plus âgés des deux sexes et chez les femmes qui, contrairement à ce que l'on observe dans le cas de l'alcool et des drogues illicites, sont plus susceptibles que les hommes de consommer les médicaments en vente libre et les drogues d'ordonnance.

Usage des drogues licites

L'Enquête sociale générale de 1993 réalisée dans les provinces a permis d'examiner l'usage de l'aspirine et d'autres analgésiques en vente libre, ainsi que cinq classes de drogues d'ordonnance : somnifères, tranquillisants, amphétamines et stimulants, antidépresseurs, et analgésiques narcotiques. De tous les médicaments, ce sont l'aspirine et les autres analgésiques (69,8%) que l'on utilise le plus. Parmi les drogues d'ordonnance, les plus populaires sont les analgésiques narcotiques (tels

codéine, Démérol et morphine), 8,2% des Canadiens ayant déclaré en avoir utilisé au cours de l'année précédente. La population consomme 4,2% et 3,8% respectivement de somnifères et de tranquillisants.

Les plus jeunes tendent à recourir davantage à l'aspirine et aux autres analgésiques en vente libre que les aînés. De la même façon, les 25 à 34 ans (11,0%) sont plus nombreux à utiliser les analgésiques d'ordonnance que les 75 ans et plus (seulement 5,3%). Par contre, les drogues d'ordonnance autres que les analgésiques sont surtout utilisées par les personnes plus âgées (Tableau 10). Cela est particulièrement notable dans le cas des tranquillisants et des somnifères. Selon l'enquête de 1993, 7,8% des 65 à 74 ans utilisent des tranquillisants et 9,2% une forme quelconque de somnifères. Chez les 75 ans et plus, 10,6% avaient pris des tranquillisants durant le mois précédant l'enquête et 20,1%, des somnifères.

Les hommes sont en général plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool ou des drogues illicites, mais les femmes sont en revanche plus nombreuses à recourir aux drogues licites, notamment l'aspirine ou d'autres analgésiques (75,1% contre 64,2%), les tranquillisants (4,3% et 3,3%), les antidépresseurs (3,4% et 1,6%), les somnifères (5,0% et 3,5%), et les amphétamines ou les stimulants (0,6% et 0,5%).

Il n'existe aucune corrélation nette entre l'usage des drogues licites et le niveau de revenu ou d'instruction. Il semble toutefois que les personnes jouissant d'un niveau d'instruction et d'un revenu relativement élevés sont normalement plus nombreuses que les autres à utiliser de l'aspirine et d'autres analgésiques, y compris les analgésiques narcotiques, mais moins nombreuses à recourir aux tranquillisants, aux somnifères et aux antidépresseurs.

Aspects économiques de l'usage des drogues licites

En 1990, quelque 20 000 Canadiens travaillaient

TABLEAU 10 : Usage de l'aspirine et des médicaments prescrits, selon les variables démographiques, Canada, Enquête sociale générale, 1993

	Taux des participants ayant pris de la drogue le mois précédent					
	Aspirine	**Tranquillisants**	**Somnifères**	**Codéine Démérol Morphine**	**Antidépresseurs**	**Amphétamines**
MOYENNE GLOBALE	69.8%	3.8%	4.2%	8.2%	2.5%	0.6%
SEXE						
Hommes	64.2	3.3	3.5	7.4	1.6	0.5
Femmes	75.1	4.3	5.0	9.0	3.4	0.6
GROUPE D'AGE						
15-17 ans	67.3	0.6*	0.5*	5.8	0.6*	1.0*
18-19 ans	74.5	0.5*	0.6*	9.0	2.4*	0.5*
20-24 ans	68.2	1.8	2.1	7.7	0.7*	1.3*
25-34 ans	70.2	1.5	1.8	11.0	1.2	0.7
35-44 ans	72.9	3.5	2.6	8.3	3.1	0.3*
45-54 ans	70.6	4.3	4.4	8.4	4.0	0.2*
55-64 ans	66.9	6.4	5.9	6.2	3.7	0.6*
65-74 ans	66.1	7.8	9.2	6.5	2.8	0.5*
75 ans +	67.0	10.6	20.1	5.3	3.3	0.5*
REVENU						
Inférieur	63.7	7.8	7.1	8.7	5.5	0.6*
Moyen inférieur	70.9	6.1	8.4	10.3	4.0	0.2*
Moyen	71.0	4.7	4.4	8.6	2.6	1.0
Moyen supérieur	71.5	3.1	3.2	9.1	2.3	0.7
Supérieur	74.8	2.5	2.8	7.3	1.0*	0.4*
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Grade universitaire	73.0	2.9	3.4	8.5	2.3	0.4*
Post secondaire	70.8	2.6	3.6	9.3	2.6	0.7*
Secondaire	69.2	2.9	2.6	8.0	2.1	0.5*
Moins que le secondaire	66.0	6.2	6.5	7.4	3.0	0.8
ETAT MATRIMONIAL						
Célibataire	67.0	1.8	2.1	8.3	1.8	1.0
Marié ou conjoint de fait	71.2	3.7	3.9	8.3	2.4	0.4
Divorcé ou séparé	71.3	6.7	6.8	9.1	5.0	0.3*
Veuf	65.3	10.6	15.0	6.0	4.6	0.8*

*Interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

TABLEAU 9 : Nombre des décès causés indirectement par l'usage du tabac et taux par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1990.

	Nombre des décès	Taux par 100,000 habitants	Taux / 100,000 habitants chez les 20 ans+
T-N	708	122.3	181.6
I-P-E	228	158.9	228.5
N-E	1,351	155.7	217.0
N-B	979	139.0	196.7
Qc	9,327	137.2	187.1
Ont	13,234	139.6	191.9
Man	1,596	146.7	207.9
Sask	1,487	143.5	209.6
Alb	2,511	102.0	147.8
C-B	4,261	136.8	187.0
Yukon	17	63.1	93.7
N-T-O	21	39.6	67.5
Canada	35,717	135.6	188.1

Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé, suppl. n° 11, vol. 3, n° 1, 1992, Causes des décès, 1990* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 82-003S11, 1992).

relativement à d'autres produits accusait en fait un recul. Par contre, depuis le début des années 80 jusqu'aux baisses de taxes de 1994, les hausses du prix des cigarettes excédaient nettement celles des prix des autres produits.

Caractéristiques des fumeurs

Les hommes étaient autrefois plus nombreux que les femmes à fumer, mais l'écart séparant les deux groupes a aujourd'hui quasi-disparu (31% contre 28%). Les hommes sont par contre plus susceptibles d'être d'anciens fumeurs (39% contre 31%). La plus grande proportion de fumeurs se retrouve chez les 25 à 44 ans (35%) et la plus faible, chez les plus de 65 ans (15%). La probabilité de fumer est en général plus grande chez les personnes relativement moins instruites et disposant d'un revenu inférieur que chez les autres. Par contre, les plus instruits et les mieux nantis tendent à fumer un plus grand nombre de cigarettes par jour.[14]

Mortalité reliée à l'usage du tabac

Les données fournies dans la présente section reflètent les estimations des décès directement causés par le tabagisme et font abstraction des diverses causes indirectes. On estime à 35 717 le nombre des décès dus au tabagisme dans tout le pays en 1990, soit 135,6 par 100 000 habitants.[15] Ce calcul s'appuie sur les décès causés par la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, ainsi que sur 30% de tous ceux causés par les tumeurs, les hémorragies cérébrales, l'hypertension et les affections cardiaques. Les plus hauts taux de décès imputables au tabagisme reviennent à l'Ile-du-Prince-Edouard (158,9 par 100 000 habitants) et à la Nouvelle-Ecosse (155,7), et les plus bas, au Yukon (63,1) et aux Territoires du Nord-Ouest (39,6). Les taux relativement bas observés dans les Territoires peuvent refléter en partie la tendance de certains habitants à retourner dans le sud au moment de leur retraite ou lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux.

Attitudes envers l'usage du tabac

Selon les réponses des participants à l'Enquête Promotion de la santé de 1990 à la question de savoir s'ils pouvaient améliorer leur santé et leur bien-être, la vaste majorité des fumeurs (81%) ont répondu qu'ils auraient intérêt à cesser de fumer.

LES DROGUES LICITES

Médicaments prescrits et en vente libre

L'usage des médicaments a régressé depuis 1985, mais il demeure néanmoins élevé, surtout chez les Canadiens plus âgés des deux sexes et chez les femmes qui, contrairement à ce que l'on observe dans le cas de l'alcool et des drogues illicites, sont plus susceptibles que les hommes de consommer les médicaments en vente libre et les drogues d'ordonnance.

Usage des drogues licites

L'Enquête sociale générale de 1993 réalisée dans les provinces a permis d'examiner l'usage de l'aspirine et d'autres analgésiques en vente libre, ainsi que cinq classes de drogues d'ordonnance : somnifères, tranquillisants, amphétamines et stimulants, antidépresseurs, et analgésiques narcotiques. De tous les médicaments, ce sont l'aspirine et les autres analgésiques (69,8%) que l'on utilise le plus. Parmi les drogues d'ordonnance, les plus populaires sont les analgésiques narcotiques (tels

codéine, Démérol et morphine), 8,2% des Canadiens ayant déclaré en avoir utilisé au cours de l'année précédente. La population consomme 4,2% et 3,8% respectivement de somnifères et de tranquillisants.

Les plus jeunes tendent à recourir davantage à l'aspirine et aux autres analgésiques en vente libre que les aînés. De la même façon, les 25 à 34 ans (11,0%) sont plus nombreux à utiliser les analgésiques d'ordonnance que les 75 ans et plus (seulement 5,3%). Par contre, les drogues d'ordonnance autres que les analgésiques sont surtout utilisées par les personnes plus âgées (Tableau 10). Cela est particulièrement notable dans le cas des tranquillisants et des somnifères. Selon l'enquête de 1993, 7,8% des 65 à 74 ans utilisent des tranquillisants et 9,2% une forme quelconque de somnifères. Chez les 75 ans et plus, 10,6% avaient pris des tranquillisants durant le mois précédant l'enquête et 20,1%, des somnifères.

Les hommes sont en général plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool ou des drogues illicites, mais les femmes sont en revanche plus nombreuses à recourir aux drogues licites, notamment l'aspirine ou d'autres analgésiques (75,1% contre 64,2%), les tranquillisants (4,3% et 3,3%), les antidépresseurs (3,4% et 1,6%), les somnifères (5,0% et 3,5%), et les amphétamines ou les stimulants (0,6% et 0,5%).

Il n'existe aucune corrélation nette entre l'usage des drogues licites et le niveau de revenu ou d'instruction. Il semble toutefois que les personnes jouissant d'un niveau d'instruction et d'un revenu relativement élevés sont normalement plus nombreuses que les autres à utiliser de l'aspirine et d'autres analgésiques, y compris les analgésiques narcotiques, mais moins nombreuses à,recourir aux tranquillisants, aux somnifères et aux antidépresseurs.

Aspects économiques de l'usage des drogues licites

En 1990, quelque 20 000 Canadiens travaillaient

TABLEAU 10 : Usage de l'aspirine et des médicaments prescrits, selon les variables démographiques, Canada, Enquête sociale générale, 1993

	Taux des participants ayant pris de la drogue le mois précédent					
	Aspirine	Tranquil-lisants	Somnifères	Codéine Démérol Morphine	Anti-dépresseurs	Amphétamines
MOYENNE GLOBALE	69.9%	3.8%	4.2%	8.2%	2.5%	0.6%
SEXE						
Hommes	64.2	3.3	3.5	7.4	1.6	0.5
Femmes	75.1	4.3	5.0	9.0	3.4	0.6
GROUPE D'AGE						
15-17 ans	67.3	0.6*	0.5*	5.8	0.6*	1.0*
18-19 ans	74.5	0.5*	0.6*	9.0	2.4*	0.5*
20-24 ans	68.2	1.8	2.1	7.7	0.7*	1.3*
25-34 ans	70.2	1.5	1.8	11.0	1.2	0.7
35-44 ans	72.9	3.5	2.6	8.3	3.1	0.3*
45-54 ans	70.6	4.3	4.4	8.4	4.0	0.2*
55-64 ans	66.9	6.4	5.9	6.2	3.7	0.6*
65-74 ans	66.1	7.8	9.2	6.5	2.8	0.5*
75 ans +	67.0	10.6	20.1	5.3	3.3	0.5*
REVENU						
Inférieur	63.7	7.8	7.1	8.7	5.5	0.6*
Moyen inférieur	70.9	6.1	8.4	10.3	4.0	0.2*
Moyen	71.0	4.7	4.4	8.6	2.6	1.0
Moyen supérieur	71.5	3.1	3.2	9.1	2.3	0.7
Supérieur	74.8	2.5	2.8	7.3	1.0*	0.4*
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Grade universitaire	73.0	2.9	3.4	8.5	2.3	0.4*
Post secondaire	70.8	2.6	3.6	9.3	2.6	0.7*
Secondaire	69.2	2.9	2.6	8.0	2.1	0.5*
Moins que le secondaire	66.0	6.2	6.5	7.4	3.0	0.8
ETAT MATRIMONIAL						
Célibataire	67.0	1.8	2.1	8.3	1.8	1.0
Marié ou conjoint de fait	71.2	3.7	3.9	8.3	2.4	0.4
Divorcé ou séparé	71.3	6.7	6.8	9.1	3.0	0.3*
Veuf	65.3	10.6	15.0	6.0	4.6	0.8*

*Interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

à la fabrication des produits pharmaceutiques et des médicaments, représentant plus de 733 millions de dollars en traitements et salaires. La même année, la valeur estimative du marché canadien des produits pharmaceutiques et des médicaments s'établissait à environ 4,3 milliards de dollars.[16]

Problèmes associés à l'usage des drogues licites

L'usage des drogues licites entraîne de multiples problèmes. Par exemple, les personnes plus âgées, en raison du ralentissement de leur métabolisme, sont tout particulièrement vulnérables aux effets secondaires des médicaments. Notons aussi les interactions médicamenteuses.

Certains médicaments tels les analgésiques narcotiques, les stimulants et les barbituriques, sont parfois détournés vers les marchés de drogues illicites. En 1991, les fausses ordonnances ont augmenté de 15,7% pour atteindre 1 860; près de la moitié visaient la codéine. Seules quatre provinces ont enregistré une baisse durant cette même année.

Malheureusement,la morbidité et la mortalité associées aux médicaments au Canada sont très peu documentées. Le système international de codage adopté par les hôpitaux canadiens (Classification internationale des maladies, 9e édition) classe les cas selon les catégories générales de drogues; aussi, puisqu'il n'établit aucune distinction entre les drogues licites et les drogues illicites, il arrive souvent que les problèmes reliés à l'une ou l'autre des drogues figurent sous une même catégorie. Ainsi, un empoisonnement causé par une consommation illicite d'héroïne et un autre, par l'ingestion d'un analgésique narcotique, pourraient tous deux paraître sous la rubrique des empoisonnements dus à des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatoïdes impliquant les opiacés et les narcotiques connexes (ICD-9-965.0). Aucune distinction ne délimite clairement entre eux les problèmes de santé associés à l'usage des drogues licites et illicites.

LES DROGUES ILLICITES

L'usage des drogues illicites continue de régresser, malgré que certains indicateurs suggèrent une croissance de l'usage régulier de la cocaïne.

Taux d'usage des drogues illicites

La marijuana demeure la drogue illicite la plus populaire. Près d'un million de personnes, ou 4,2% des 15 ans et plus, ont déclaré en avoir fumé au cours de l'année précédant l'Enquête sociale générale de 1993 menée dans les provinces. En ce qui concerne la cocaïne et le crack, l'héroïne, le LSD et le speed, Statistique Canada invite à interpréter avec réserve les taux obtenus, surtout dans le cas des provinces où les chiffres sont minimes. Lorsque l'on compare ces chiffres avec ceux de la marijuana cependant, on estime qu'environ 66 000 Canadiens (0,3%) seulement ont déclaré avoir utilisé de la cocaïne l'année précédente, et un même pourcentage de l'héroïne, du LSD ou du speed.

Plus d'hommes que de femmes recourent aux drogues illicites. Par exemple, 5,7% des hommes et 2,4% des femmes ont déclaré avoir fumé de la marijuana l'année précédant l'Enquête sociale générale de 1993, et parmi les usagers, les hommes déclarent en général des niveaux de consommation supérieurs. De la même façon, et toujours en tenant compte de la mise en garde de Statistique Canada, ils sont deux fois plus susceptibles que les femmes d'utiliser de la cocaïne ou du crack (0,4% contre 0,2%), ainsi que de l'héroïne, du LSD, et du speed (0,4% contre 0,2%). C'est chez les jeunes que l'usage des drogues illicites est le plus répandu, la marijuana, la cocaïne ou le crack, ayant la faveur des 18 et 19 ans (13,1% et 1,7% respectivement des usagers), et l'héroïne, le LSD et le speed, celle des 15 à 17 ans (1,9%).

Les données nationales sur le sujet ne sont pas disponibles, mais les études provinciales révèlent que l'usage des drogues illicites est plus répandu chez les étudiants et les jeunes de la rue que dans l'ensemble de la population. Selon une étude menée en 1989 auprès des étudiants universitaires de l'Ontario, l'usage du cannabis atteignait 30,6%, celui de la cocaïne 4,5%, du LSD 2,6%, et des autres hallucinogènes 7,4%. Moins de un demi de un pour cent ont déclaré utiliser le crack et l'héroïne. Chez les jeunes de la rue par contre, l'usage des drogues illicites est nettement supérieur, 92% ayant déclaré utiliser le cannabis, 64% la cocaïne, 39% le crack, et 70% le LSD, d'après une autre étude réalisée dans cette province en 1992.[17]

Aspects économiques des drogues illicites

Vu le caractère illégal de ces drogues, il existe peu de données fiables sur l'importance et la valeur de leur trafic. La Gendarmerie royale du Canada évalue cependant leurs prix à diverses étapes de leur trafic. En 1990, elle estimait que le consommateur de la rue payait entre 35 et 50

TABLEAU 11 : Toux des infractions aux lois fédérales sur les drogues, par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1991

	Loi sur les stupéfiants				Loi sur les aliments et drogues		
	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Autre	Contrôlées	Restreintes	Total des infractions reliées à la drogue
Canada	118.2	59.1	3.0	15.2	2.3	5.8	205.6
T-N	101.5	6.7	0.4	1.9	1.4	5.3	117.2
I-P-E	79.4	10.0	-	4.6	3.1	7.7	104.8
N-E	137.1	28.1	0.3	27.1	5.3	10.6	208.6
N-B	122.0	23.8	0.7	7.9	1.5	9.8	165.6
Qc	52.6	59.9	3.0	14.5	0.2	2.3	132.4
Ont	109.9	77.0	6.0	10.1	1.1	4.5	208.5
Man	125.2	19.1	0.5	4.6	1.6	6.8	157.9
Sask	97.0	3.9	-	5.6	3.6	5.8	115.9
Alb	143.0	30.4	0.9	11.5	2.6	8.7	197.1
C-B	284.4	81.7	15.6	42.4	9.6	11.6	445.3
Yukon	615.2	93.5	7.2	10.8	-	36.0	762.7
T-N-O	503.1	53.8	3.5	13.9	1.7	19.1	595.0

Source : Statistique Canada, *Statistique de la criminalité au Canada* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 85-205, 1992).

dollars pour 0,1 gramme d'héroïne injectable (5 6%), entre 70 et 225 dollars pour un gramme de chlorhydrate de cocaïne d'une teneur de 60%, et entre 10 et 50 dollars pour un gramme de haschich jamaïquain ou libanais.

Problèmes reliés aux drogues illicites

L'usage des drogues illicites suscitent de nombreux problèmes de santé et de société. Comme dans le cas de toutes drogues, les risques pour la santé se rattachent à la dose consommée, à la fréquence d'utilisation, au mode d'administration et aux caractéristiques de l'usager. Il existe toutefois peu de données sur l'incidence des problèmes de santé connexes.

L'une des grandes difficultés méthodologiques à surmonter pour évaluer l'ampleur des problèmes reliés aux drogues réside dans l'attribution des causes. Il est difficile d'établir clairement les effets d'une drogue donnée lorsque son usage n'est pas la seule source du problème. On pourra par exemple relier le trouble physique ou le décès d'un individu à l'usage d'une drogue quelconque parce que l'on aura pu mesurer la présence du produit dans l'organisme au moment de l'admission dans un établissement médical ou de l'autopsie, mais il restera impossible de déterminer dans quelle mesure la drogue même constitue réellement un facteur.

Comme la classification internationale des maladies n'établit aucune distinction entre les drogues licites et illicites, les statistiques sur la morbidité et la mortalité associées à la drogue ne permettent pas de connaître le nombre des cas spécifiquement reliés aux drogues licites. En ce qui concerne les troubles «reliés aux drogues», on a dénombré 21 507 départs (ou congés pour fin de traitement) (82 par 100 000 habitants) des hôpitaux généraux et psychiatriques en 1989-1990. Ce taux a très peu varié depuis 1986. Environ un tiers (34%) des cas reliés aux drogues (alcool et tabac exceptés) visent les troubles mentaux (psychoses, toxicomanies et abus non toxicomaniaques de drogues), et près des deux tiers (64%), les empoisonnements dus surtout aux drogues d'ordonnance. En 1990, on a dénombré 422 décès reliés aux drogues.[18] Sur ce nombre, 51 (12%) étaient imputables à des troubles mentaux, le reste à des empoisonnements divers, ceux causés par les analgésiques, antipyrétiques et antirhumatoïdes représentant 40%, et ceux reliés aux antidépresseurs, un autre 28%.

Infractions concernant les drogues

Les deux grandes lois fédérales traitant des drogues illicites sont la Loi sur les stupéfiants et la Loi sur les aliments et drogues. La première régit la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, la phencyclidine, l'opium et les autres opiacés. Elle prévoit six infractions courantes : la possession, le commerce, la possession aux fins de commerce, la culture de l'opium ou du cannabis, l'importation ou l'exportation, et la multiplication des ordonnances (consultation de plusieurs médecins en vue d'obtenir plusieurs prescriptions). Toute possession de stupéfiant constitue une infraction, et quiconque en possède dans le but d'en faire le commerce peut être mis

TABLEAU 11 : Taux des infractions aux lois fédérales sur les drogues, par 100 000 habitants, Canada, provinces et territoires, 1991

	Loi sur les stupéfiants				Loi sur les aliments et drogues		
	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Autre	Contrôlées	Restreintes	Total des infractions reliées à la drogue
Canada	118.2	59.1	5.0	15.2	2.3	5.8	205.6
T.-N.	101.5	6.7	0.4	1.9	1.4	5.3	117.2
I.P.É.	79.4	10.0	-	4.6	3.1	7.7	104.8
N.-É.	137.1	28.1	0.3	27.1	5.3	10.6	208.6
N.-B.	122.0	23.8	0.7	7.9	1.5	9.8	165.6
Qc	52.6	59.4	3.0	14.5	0.2	2.3	132.4
Ont.	109.9	77.0	6.0	10.1	1.1	4.5	208.5
Man.	125.2	19.1	0.5	4.6	1.6	6.8	157.9
Sask.	97.0	3.9	-	5.6	3.6	5.8	115.9
Alb.	143.0	30.4	0.9	11.5	2.6	8.7	197.1
C.-B.	284.4	85.7	15.6	32.4	9.6	11.6	445.3
Yukon	615.2	93.5	7.2	30.8	-	36.0	762.7
T.N.-O.	503.1	53.8	3.5	13.9	1.7	19.1	595.0

Source : Statistique Canada, *Statistique de la criminalité au Canada* (Ottawa : Statistique Canada, Catalogue n° 85-205, 1992).

dollars pour 0,1 gramme d'héroïne injectable (5,6 %), entre 70 et 225 dollars pour un gramme de chlorhydrate de cocaïne d'une teneur de 60 %, et entre 10 et 50 dollars pour un gramme de haschich jamaïquain ou libanais.

Problèmes reliés aux drogues illicites

L'usage des drogues illicites suscitent de nombreux problèmes de santé et de société. Comme dans le cas de toutes drogues, les risques pour la santé se rattachent à la dose consommée, à la fréquence d'utilisation, au mode d'administration et aux caractéristiques de l'usager. Il existe toutefois peu de données sur l'incidence des problèmes de santé connexes.

L'une des grandes difficultés méthodologiques à surmonter pour évaluer l'ampleur des problèmes reliés aux drogues réside dans l'attribution des causes. Il est difficile d'établir clairement les effets d'une drogue donnée lorsque son usage n'est pas la seule source du problème. On pourra par exemple relier le trouble physique ou le décès d'un individu à l'usage d'une drogue quelconque parce que l'on aura pu mesurer la présence du produit dans l'organisme au moment de l'admission dans un établissement médical ou de l'autopsie, mais il restera impossible de déterminer dans quelle mesure la drogue même constitue réellement un facteur.

Comme la classification internationale des maladies n'établit aucune distinction entre les drogues licites et illicites, les statistiques sur la morbidité et la mortalité associées à la drogue ne permettent pas de connaître le nombre des cas spécifiquement reliés aux drogues licites. En ce qui concerne les troubles «reliés aux drogues», on a dénombré 21 507 départs (ou congés pour fin de traitement) (82 par 100 000 habitants) des hôpitaux généraux et psychiatriques en 1989-1990. Ce taux a très peu varié depuis 1986. Environ un tiers (34%) des cas reliés aux drogues (alcool et tabac exceptés) visent les troubles mentaux (psychoses, toxicomanies et abus non toxicomaniaques de drogues), et près des deux tiers (64%), les empoisonnements dus surtout aux drogues d'ordonnance. En 1990, on a dénombré 422 décès reliés aux drogues.[15] Sur ce nombre, 51 (12%) étaient imputables à des troubles mentaux, le reste à des empoisonnements divers, ceux causés par les analgésiques, antipyrétiques et antirhumatoïdes représentant 40%, et ceux reliés aux antidépresseurs, un autre 28%.

Infractions concernant les drogues

Les deux grandes lois fédérales traitant des drogues illicites sont la Loi sur les stupéfiants et la Loi sur les aliments et drogues. La première régit la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, la phencyclidine, l'opium et les autres opiacés. Elle prévoit six infractions courantes : la possession, le commerce, la possession aux fins de commerce, la culture de l'opium ou du cannabis, l'importation ou l'exportation, et la multiplication des ordonnances (consultation de plusieurs médecins en vue d'obtenir plusieurs prescriptions). Toute possession de stupéfiant constitue une infraction, et quiconque en possède dans le but d'en faire le commerce peut être mis

en accusation.

Deux parties de la Loi sur les aliments et drogues traitent de l'usage des drogues à des fins autres que médicales. La Partie III réglemente les «drogues contrôlées», y compris les amphétamines et autres stimulants, les barbituriques et les antidépresseurs. Elle prévoit des infractions pour le commerce, la possession aux fins de commerce, et la multiplication des ordonnances, mais pas pour la simple possession. La Partie IV régit les «drogues d'usage restreints», y compris le LSD, la psilocybine, et le DMT, et prévoit des infractions pour le commerce, la possession aux fins de commerce, et la possession.

D'autres lois fédérales traitent aussi des drogues illicites. Les modifications apportées au Code criminel rendent illégal le fait de procéder sciemment à l'importation, à l'exportation, à la fabrication, à la promotion ou à la vente d'appareils ou de documentation servant à la fabrication de drogues illicites. Certaines dispositions du Code prévoient également des sanctions pour la possession de biens ou d'autres produits de la criminalité, et pour le blanchiment des narcodollars.

En 1991, on a enregistré plus de 56 000 infractions aux lois fédérales relativement à la drogue, une baisse de 6,5% par rapport à 1990. De plus, la même année, 3 249 jeunes ont été reconnus coupables d'infractions aux lois sur les stupéfiants. De la totalité des infractions, 58% concernaient le cannabis et 29% la cocaïne. Celles associées à l'héroïne ne représentaient alors que 2,4%, mais avaient constamment augmenté au cours des quatre années précédentes.

Le Territoire du Yukon a enregistré le plus haut taux d'infractions reliées à la drogue(763 par 100 000 habitants), suivi par les Territoires du Nord-Ouest, avec 595 (Tableau 11). Parmi les dix provinces, le plus haut taux (445) revient à la Colombie-Britannique et le plus bas (105), à l'Ile-du-Prince-Edouard.

Opinion publique sur la politique des stupéfiants

Selon l'Enquête Promotion de la santé de 1990, une légère majorité de Canadiens (54%) estiment que la possession de marijuana devrait constituer un crime, alors que 35% croient le contraire (Tableau 8).

Le sida et l'injection des drogues

En 1993, on a dénombré 30 000 séropositifs. Sur ce nombre, quelque 8 232 avaient développé le sida et 5 520 étaient décédés.[19]

Entre 1985 et 1989, la population des sidéens a considérablement augmenté, passant de 360 à 1 252 (Tableau 12). Leur nombre demeure élevé depuis 1989; en 1992, on a relevé 1 127 décès reliés au sida. Les cas de sida se répartissent à peu près comme suit : 40% en Ontario, 30% au Québec, 18% en Colombie-Britannique, et 6,4% en Alberta. Les taux relevés dans les autres parties du pays sont relativement bas.

Les toxicomanes qui pratiquent l'injection sont tout particulièrement vulnérables au sida. Comme il a été démontré dans de nombreuses villes d'Amérique du Nord et d'Europe, l'infection se répand rapidement chez les membres de cette population.[20] Le partage des seringues constitue l'un des principaux facteurs de propagation du VIH : 7% des cas de sida chez les femmes et 1% chez les hommes sont imputables à cette pratique. Le pourcentage des toxicomanes ayant recours à l'injection et devenus sidéens atteint 6% à Toronto, 3% à Vancouver, et 10% à Montréal.[21]

Mis à part les risques inhérents au partage des seringues, les adeptes de l'injection s'engagent souvent dans des activités sexuelles dangereuses, ce qui accroît le risque de contaminer non seulement d'autres toxicomanes, mais aussi des partenaires non toxicomanes.[22]

Jusqu'à ce jour, la proportion des cas de sida imputables à l'injection des drogues demeure assez faible, comparativement à d'autres pays.[23] Les drogues illicites les plus populaires, tels le cannabis et la cocaïne, sont le plus souvent fumées ou reniflées, et il est plutôt rare que l'on s'injecte les produits tels que l'héroïne et la cocaïne. Pour cette raison et aussi du fait de la multiplication des programmes d'échange de seringues, la majorité

TABLEAU 12 : Nombre des cas de sida et des décès dus au sida, Canada, de 1977 à 1992

	<1985	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Décès connus	126	172	329	488	564	740	786	917	1,013
Cas	258	360	605	807	1,069	1,252	1,222	1,230	1,127

Source : Santé et Bien-être Canada, *Mise à jour de surveillance le sida au Canada* (Ottawa : Santé et Bien-être Canada, Division VIH SIDA, juillet 1993).

en accusation.

Deux parties de la Loi sur les aliments et drogues traitent de l'usage des drogues à des fins autres que médicales. La Partie III réglemente les «drogues contrôlées», y compris les amphétamines et autres stimulants, les barbituriques et les antidépresseurs. Elle prévoit des infractions pour le commerce, la possession aux fins de commerce, et la multiplication des ordonnances, mais pas pour la simple possession. La Partie IV régit les «drogues d'usage restreints», y compris le LSD, la psilocybine, et le DMT, et prévoit des infractions pour le commerce, la possession aux fins de commerce, et la possession.

D'autres lois fédérales traitent aussi des drogues illicites. Les modifications apportées au Code criminel rendent illégal le fait de procéder sciemment à l'importation, à l'exportation, à la fabrication, à la promotion ou à la vente d'appareils ou de documentation servant à la fabrication de drogues illicites. Certaines dispositions du Code prévoient également des sanctions pour la possession de biens ou d'autres produits de la criminalité, et pour le blanchiment des narcodollars.

En 1991, on a enregistré plus de 56 000 infractions aux lois fédérales relativement à la drogue, une baisse de 6,5% par rapport à 1990. De plus, la même année, 3 249 jeunes ont été reconnus coupables d'infractions aux lois sur les stupéfiants. De la totalité des infractions, 58% concernaient le cannabis et 29% la cocaïne. Celles associées à l'héroïne ne représentaient alors que 2,4%, mais avaient constamment augmenté au cours des quatre années précédentes.

Le Territoire du Yukon a enregistré le plus haut taux d'infractions reliées à la drogue(763 par 100 000 habitants), suivi par les Territoires du Nord-Ouest, avec 595 (Tableau 11). Parmi les dix provinces, le plus haut taux (445) revient à la Colombie-Britannique et le plus bas (105), à l'Ile-du-Prince-Edouard.

Opinion publique sur la politique des stupéfiants

Selon l'Enquête Promotion de la santé de 1990, une légère majorité de Canadiens (54%) estiment que la possession de marijuana devrait constituer un crime, alors que 35% croient le contraire (Tableau 8).

Le sida et l'injection des drogues

En 1993, on a dénombré 30 000 séropositifs. Sur ce nombre, quelque 8 232 avaient développé le sida et 5 520 étaient décédés.[19]

Entre 1985 et 1989, la population des sidéens a considérablement augmenté, passant de 360 à 1 252 (Tableau 12). Leur nombre demeure élevé depuis 1989; en 1992, on a relevé 1 127 décès reliés au sida. Les cas de sida se répartissent à peu près comme suit : 40% en Ontario, 30% au Québec, 18% en Colombie-Britannique, et 6,4% en Alberta. Les taux relevés dans les autres parties du pays sont relativement bas.

Les toxicomanes qui pratiquent l'injection sont tout particulièrement vulnérables au sida. Comme il a été démontré dans de nombreuses villes d'Amérique du Nord et d'Europe, l'infection se répand rapidement chez les membres de cette population.[20] Le partage des seringues constitue l'un des principaux facteurs de propagation du VIH : 7% des cas de sida chez les femmes et 1% chez les hommes sont imputables à cette pratique. Le pourcentage des toxicomanes ayant recours à l'injection et devenus sidéens atteint 6% à Toronto, 3% à Vancouver, et 10% à Montréal.[21]

Mis à part les risques inhérents au partage des seringues, les adeptes de l'injection s'engagent souvent dans des activités sexuelles dangereuses, ce qui accroît le risque de contaminer non seulement d'autres toxicomanes, mais aussi des partenaires non toxicomanes.[22]

Jusqu'à ce jour, la proportion des cas de sida imputables à l'injection des drogues demeure assez faible, comparativement à d'autres pays.[23] Les drogues illicites les plus populaires, tels le cannabis et la cocaïne, sont le plus souvent fumées ou reniflées, et il est plutôt rare que l'on s'injecte les produits tels que l'héroïne et la cocaïne. Pour cette raison et aussi du fait de la multiplication des programmes d'échange de seringues, la majorité

TABLEAU 12 : Nombre des cas de sida et des décès dus au sida, Canada, de 1977 à 1992

	<1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Décès connus	126	172	320	488	564	740	786	917	1,013
Cas	258	360	605	897	1,069	1,252	1,222	1,230	1,127

Source : Santé et Bien-être Canada, *Mise à jour de surveillance le sida au Canada* (Ottawa : Santé et Bien-être Canada, Division VIH/SIDA, juillet 1993).

des sidéens ont contracté la maladie par la voie des rapports sexuels. Pourtant, le nombre des cas de sida dus à l'injection de drogues progresse. En juin 1993,495 décès de sidéens ont été directement imputés à cette pratique.[24] De ce nombre, 185 cas (141 hommes et 44 femmes) pouvaient être directement imputés à l'injection de drogues, alors que 293 autres cas visaient des hommes adeptes de l'injection pratiquant à la fois des rapports homosexuels et hétérosexuels.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bondy, S., Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, Toronto, Ontario. Communication personnelle, 4 août 1994.
2. E. Single, R. Williams et D. McKenzie, *Profil canadien 1994* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1994)
3. E. Single et S. Wortley, «Drinking in Various Settings as it Relates to Socio-demographic Variables and Level of Consumption : Findings from a National Survey in Canada», *Journal of Studies on Alcohol 54* (1993) : 590-599.
4. *Profil canadien*
5. *Profil canadien*
6. *Profil canadien*
7. Chiffres calculés à partir des données de *Profil canadien*. Ces chiffres se fondent sur le taux des décès imputables à l'alcool dans les cas de troubles chroniques du foie et de cirrhose (100%); de troubles mentaux (100%); de gastrites (100%); de cardiomyopathie et d'empoisonnement (100%); de tumeurs (10%); de troubles du système circulatoire (5%) de troubles du système respiratoire (15) d'accidents de la route (45%); de chutes accidentelles (40%); d'accidents causés par le feu(30%); de noyades accidentelles (30%); de suicides (30%); et d'homicides (60%). Ces facteurs d'attribution n'étant ni toujours actuels ni toujours fondés sur des études canadiennes, il convient de les interpréter avec réserve.
8. Fondation de recherche sur les blessures causées par les accidents de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les personnes décédées dans des accidents de la route : Canada, 1990* (Ottawa : TIRF, 1992).
9. Santé Canada, Enquête sur l'usage du tabac au Canada (Une collection de feuillets d'information présentant les faits saillants des résultats de la première phase de l'enquête), Ottawa : Santé Canada, 1994.
10. Santé Canada. *Documentation d'orientation sur la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme*, Mise à jour 1993, (Ottawa : Santé Canada, 1993).
11. *Profil canadien*
12. M.J. Kaisermann, «Tobacco Production, Sales and Consumption in Canada, 1991», *Chronic Diseases in Canada* 13, 4(1992) : 68-71.
13. R.T. Stamler, estimation du tabac de contrebande, 30 juin 1992.
14. Santé Canada, *Enquête Promotion de la santé, Canada 1990 : rapport technique*, T. Stephens et D. Fowler-Graham (éd.) (Ottawa Approvisionnements et Services Canada, 1993).
15. *Profil canadien*
16. *Profil canadien*
17. R. Smart, E. Adlaf, K. Porterfield et M. Canale, «Drifting and Doing : Changes in Drug Use among Toronto Street Youth, 1990-1992», (Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1992)
18. *Profil canadien*
19. *Enquête Promotion de la santé, 1990 : rapport technique*, Canada.
20. D. Riley, «La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques» in P. Brisson (éd.) *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Volume 11, Montréal : Gaëtan Morin, 1995.
21. C. Hankins, Centre d'études sur le sida, Hôpital Général de Montréal, communication personnelle, 1993; P. Millson, Department of Preventive Medicine, University of Toronto, communication personnelle, 1993; M. Rekart, directeur, STD Control, Ministry of Health, Colombie-Britannique, communication personnelle, 1993.
22. Santé et Bien-être Canada, Rapport de surveillance du sida, (Ottawa : Santé et Bien-être Canada, 1992).
23. R. Smart, *AIDS and Drug Abuse in Canada : Current Status and Information Needs* (Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 1991).
24. *Profil canadien*.

POPULATIONS A RISQUE

REVUE NATIONALE

Jeunes de la rue et décrocheurs scolaires, femmes, aînés, Métis, Inuit et autochtones vivant hors réserves, et conducteurs avec facultés affaiblies. Dans le cadre de la seconde phase de la Stratégie canadienne antidrogue, ces groupes sont tous considérés particulièrement vulnérables aux méfaits de l'alcool et des autres drogues.

Ces groupes à risque n'ont pas tous fait l'objet d'une même recherche ni d'une recherche aussi poussée, et s'avèrent parfois difficiles à étudier. Vu le manque d'uniformisation des définitions, des échantillonnages et des méthodologies utilisées, il est extrêmement rare de pouvoir trouver des rapports d'études comparables dans les différentes régions du pays. Dans la présente partie, nous examinons, en procédant d'ouest en est, les travaux effectués dans chaque province et territoire sur différents aspects des populations à risque, ou sur des sujets susceptibles d'en faire partie. Cela serait le cas notamment des jeunes de la rue qui furent un jour étudiants.Nous avons donc jugé utile d'inclure certaines approches régionales spécifiques à ce qui peut sembler constituer des problèmes mineurs ou locaux, mais pouvant s'avérer communs à plusieurs collectivités. Les problèmes de jeu ainsi que l'usage des stéroïdes et des produits alcoolisés non consommable en sont des exemples. Chaque sous-section provinciale et territoriale est clairement indiquée et précise en rubrique les sujets traités. Ces rubriques figurent dans la Table des matières et guideront le lecteur qui s'intéresse à des populations ou à des questions spécifiques.

L'information communiquée dans la présente partie s'appuie sur les rapports de recherche commandés par Santé Canada auprès des provinces et territoires, sur les diverses études supplémentaires citées en référence et d'autres sources, et en fait par ailleurs la synthèse. Les documents d'appui sont indiqués dans les notes figurant en fin de section. Quant aux rapports provinciaux et territoriaux, ils indiquent leurs propres références et certains comprennent même des bibliographies exhaustives. Il est possible de se les procurer en s'adressant au bureau du gouvernement provincial ou territorial compétent (voir l'Annexe) ou à Santé Canada.

Nous devons cette percée de nouvelles connaissances sur les populations à risque à de multiples

intervenants à divers niveaux. A ce propos, il importe de souligner ici que plus de femmes et d'autochtones que jamais auparavant contribuent aujourd'hui à structurer le dialogue quant aux mesures qu'il convient d'entreprendre, la façon de procéder, l'endroit et le moment.

TERRITOIRE DU YUKON

Les habitudes de consommation des habitants du Nord

Le Territoire du Yukon, qui s'étend sur plus d'un demi-million de kilomètres carrés dans l'extrême nord-ouest du Canada, connaît la plus forte croissance démographique au pays, avec une hausse de 18% entre 1986 et 1991. C'est aussi la région du Canada où l'on boit le plus; on y détient régulièrement le record national des niveaux de consommation d'alcool, soit 14 litres d'alcool absolu par personne de 15 ans et plus en 1991-1992.

La recherche indique cependant qu'il existe une profonde distinction entre la consommation dans les petites collectivités isolées du Yukon et celle pratiquée dans le sud du pays. Les analyses remettent en question la pertinence, pour les habitants du Nord, des approches traditionnellement appliquées dans les régions du sud en matière de prévention d'éducation et de traitement, et suggèrent qu'il y aurait lieu de revoir plusieurs des théories en cause.

Cette distinction touche les habitudes de consommation. Au Yukon, 20% des habitants boivent quelque 80% de tout l'alcool qui y est consommé, ce qui représente plus de 40 consommations par mois. C'est là presque le double de la moyenne des consommations enregistrée dans le sud pour la tranche équivalente de la population qui boit le plus (c.-à-d. 20% environ), qui s'établit à 21 consommations ou plus par mois (1989).

Lors de l'enquête territoriale de promotion de la santé (Yukon Health Promotion Survey) réalisée en 1990, 6% des participants ont alors déclaré prendre 90 consommations ou plus par mois, soit près de la moitié de la consommation d'alcool déclarée. Dans le sud du pays, seulement 3% prennent plus de 90 consommations par mois, soit 30% de la consommation globale déclarée.[1]

Potentiel revirement des habitudes de consommation

Les résultats préliminaires de l'enquête territoriale de promotion de la santé (Yukon Health Promotion Survey) de 1993, conçue de manière à permettre les comparaisons avec les résultats de 1990, suggèrent que des changements majeurs sont peut-être en cours.[2] L'enquête de 1990 avait révélé qu'un pourcentage croissant de la population pratiquait l'abstinence totale d'alcool, alors qu'un autre pourcentage important consommait de façon excessive. Or l'enquête de 1993 indique aussi bien une hausse du nombre des buveurs légers et occasionnels qu'une diminution notable et des anciens buveurs et des gros buveurs. L'analyse des données n'est pas achevée, mais les premiers résultats obtenus permettent aux chercheurs de constater les faits suivants :

- une hausse du taux des buveurs à 84% en 1993 (contre 77% en 1990);
- une baisse du taux des anciens buveurs à 13% en 1993 (contre 19% en 1990); les plus touchés étant les hommes et les femmes de 35 à 44 ans et de 55 ans et plus;
- un écart minime entre les taux des buveurs hommes et femmes (86% contre 83%);
- une baisse du taux des 15 à 19 ans n'ayant jamais consommé d'alcool à 6% en 1993 (contre 17% en 1990).

La sobriété chez les autochtones

Même si les problèmes d'alcool et de drogues, dont les complications comprennent notamment l'alcoolisme multigénérationnel, l'abus sexuel et la violence familiale, continuent d'affliger les populations autochtones du Yukon, la recherche menée dans cette région révèle une nette tendance vers la sobriété.[3] Pendant qu'il est essentiel de maintenir et d'améliorer les programmes de traitement et de suivi en place, la tendance observée se renforcera sans doute au fur et à mesure que les conflits entourant les revendications territoriales de ces peuples seront résolus et que ces derniers progresseront dans leur lutte pour l'auto-détermination et l'autonomie.

Indépendamment des taux élevés de consommation, les habitudes de consommation et de non-consommation des autochtones du Yukon diffèrent sensiblement de celles des non-autochtones. Les premiers sont en général moins nombreux à avoir pris une consommation au

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

cours des douze mois avant l'enquête: seulement 63% sont des buveurs comparativement à 81% chez les non-autochtones. Même si l'on compte deux fois plus de non-autochtones chez les buveurs légers, et deux fois plus d'autochtones chez les gros buveurs, les autochtones ont néanmoins deux fois autant de chance que les non-autochtones d'être anciens buveurs ou abstinents.

L'abstinence et le boire excessif chez les autochtones

Tant à Whitehorse que dans les plus petites collectivités éparpillés sur tout le Territoire, le partage entre les autochtones gros buveurs et abstinents (y compris les ex-buveurs) est à peu près le même. Cependant, plus de 75% des autochtones des petites collectivités font partie des groupes extrêmes, c'est-à-dire des gros buveurs ou des abstinents, comparativement à quelque 5 0% chez ceux de Whitehorse. Cette ville compte un plus grand nombre de buveurs que les autres collectivités, mais aussi un plus grand nombre de buveurs légers. Dans les petites collectivités comptant des taux élevés d'autochtones gros buveurs ou abstinents, la polarisation qui oppose les deux groupes affecte l'ensemble de la population.

L'alcool chez les femmes

C'est au Yukon que l'on retrouve le plus fort taux de femmes consommatrices d'alcool, taux qui a grimpé de 76% en 1990 à 83% en 1993.[4] Chez les hommes, celui-ci est de 86%. Non seulement les femmes du Yukon sont-elles aussi susceptibles de boire que les hommes, mais en 1990, elles ont déclaré de plus grandes quantités que leurs homologues du sud et ce, pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 15 à 19 ans, et elles étaient trois fois plus susceptibles de se classer dans la catégorie des gros buveurs. Les moyennes enregistrées par les hommes du Territoire dépassent celles du sud pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 45 à 54 ans. C'est d'ailleurs ce dernier groupe qui a déclaré la plus forte consommation chez les femmes et enregistré le plus faible écart de consommation entre les deux sexes. Chez les 20 à 24 ans, les hommes ont cependant déclaré deux fois plus de consommations que les femmes.

Le syndrome d'alcoolisme foetal

Une étude effectuée par le gouvernement du Yukon en 1991 suggère que bien que l'on ne connaisse pas encore l'incidence et la fréquence du SAF (syndrome d'alcoolisme foetal) et des EAF (effets de l'alcoolisme foetal), la consommation d'alcool, surtout chez les femmes, et le nombre des nouveau-nés de faible poids sont si élevés qu'il faudrait réagir sans attendre d'avoir obtenu des chiffres précis.[5]

Entre-temps, on note un niveau d'information, d'intérêt et de sensibilisation relativement important face au problème. Quatre-vingt-cinq pour cent des participants à l'enquête territoriale de 1991 sur l'alcool et les autres drogues ont déclaré s'inquiéter de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et 92% n'étaient pas d'accord avec l'idée que «la femme enceinte puisse prendre quelques verres d'alcool régulièrement sans danger».

UN RECONFORT CONTRE LE FROID?

Les habitants du Nord boivent-ils pour se réconforter des longs hivers froids et sans soleil? Il semble que non. Seulement 16% des buveurs disent consommer davantage en hiver, alors que près de 50% affirment consommer davantage en été, déclarations confirmées par les ventes saisonnières d'alcool.[7]

L'alcool et le sexe

C'est au Yukon que l'on enregistre les plus hauts taux d'activité sexuelle au Canada : 83% des hommes et 78% des femmes ayant participé à l'enquête territoriale de 1993 sur la promotion de la santé ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des douze mois précédents.[6] Les résultats

correspondants de la même enquête réalisée en 1990 auprès des provinces exclusivement établissaient ces taux à 78% chez les hommes et à 69% chez les femmes. Selon les chercheurs, le fait que le Yukon compte la plus importante population des 24 à 44 ans et un pourcentage relativement peu élevé d'aînés influent sans doute sur les taux obtenus.

Parmi les gros buveurs sexuellement actifs, 63% ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire sexuel et 37%, en avoir deux ou plus. Par contre, 91% des buveurs légers et occasionnels et sexuellement actifs ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire. Chez les gros buveurs, 35% ont déclaré «toujours» ou «presque toujours» utiliser le condom avec leur plus récente partenaire . Aussi, 16% des gros buveurs, comparativement à 13% pour l'ensemble de la population, ont déclaré avoir subi un test de dépistage des maladies transmissibles sexuellement durant les douze mois avant l'enquête.

L'ESPERANCE DE VIE CHEZ LES INUIT DE BAFFIN

L'espérance de vie des Inuit de Baffin est de 66,6 ans, soit 10 ans de moins que pour l'ensemble des Canadiens (76,3 ans).[12] Les principales causes de décès sont les blessures et les empoisonnements, les tumeurs, et les maladies du système respiratoire; les taux de mortalité pour chacune de ces causes sont sensiblement plus élevés pour les Inuit que pour l'ensemble des Canadiens.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Une vaste contrée, mais peu de données

Les Territoires du Nord-Ouest (le «tiers supérieur du Canada») occupe une superficie d'environ 3,3 millions de kilomètres carrés (1,3 million de milles carrés). Ils comprennent le nord magnétique et plus de 9% des eaux douces de la planète, et touchent l'océan Arctique au nord ainsi que l'océan Atlantique à l'est. Quelque 57 650 personnes y vivent, réparties dans de petites localités éparpillées. Yellowknife, la capitale, constitue avec ses 15 000 habitants la plus importante agglomération.

Vu les difficultés que pose l'étude de petites populations disséminées sur de vastes étendues, les plus récentes enquêtes nationales faisaient exclusion des Territoires du Nord-Ouest et du Territoire du Yukon. Les données sur l'abus de l'alcool et des autres drogues dans ces régions sont donc très limitées, mais on dispose en revanche des données provenant des ventes d'alcool.

Sept magasins des alcools sur 3 300 000 kilomètres carrés

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest dépensent plus pour les boissons alcoolisées et en consomment davantage que partout ailleurs au pays, sauf au Yukon.[5]

En termes de litres déclarés, les ventes provinciales et territoriales pour 1990-1991 indiquent une consommation de 128,7 litres par habitant, contre 207,8 au Yukon et 115,4 dans l'ensemble du pays pour la même période.[9]

Cette même année, les Territoires du Nord-Ouest ont dépensé à ce titre 812,70 dollars par

cours des douze mois avant l'enquête; seulement 63% sont des buveurs comparativement à 81% chez les non-autochtones. Même si l'on compte deux fois plus de non-autochtones chez les buveurs légers, et deux fois plus d'autochtones chez les gros buveurs, les autochtones ont néanmoins deux fois autant de chance que les non-autochtones d'être anciens buveurs ou abstinents.

L'abstinence et le boire excessif chez les autochtones

Tant à Whitehorse que dans les plus petites collectivités éparpillés sur tout le Territoire, le partage entre les autochtones gros buveurs et abstinents (y compris les ex-buveurs) est à peu près le même. Cependant, plus de 75% des autochtones des petites collectivités font partie des groupes extrêmes, c'est-à-dire des gros buveurs ou des abstinents, comparativement à quelque 5 0% chez ceux de Whitehorse. Cette ville compte un plus grand nombre de buveurs que les autres collectivités, mais aussi un plus grand nombre de buveurs légers. Dans les petites collectivités comptant des taux élevés d'autochtones gros buveurs ou abstinents, la polarisation qui oppose les deux groupes affecte l'ensemble de la population.

L'alcool chez les femmes

C'est au Yukon que l'on retrouve le plus fort taux de femmes consommatrices d'alcool, taux qui a grimpé de 76% en 1990 à 83% en 1993.[4] Chez les hommes, celui-ci est de 86%. Non seulement les femmes du Yukon sont-elles aussi susceptibles de boire que les hommes, mais en 1990, elles ont déclaré de plus grandes quantités que leurs homologues du sud et ce, pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 15 à 19 ans, et elles étaient trois fois plus susceptibles de se classer dans la catégorie des gros buveurs. Les moyennes enregistrées par les hommes du Territoire dépassent celles du sud pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 45 à 54 ans. C'est d'ailleurs ce dernier groupe qui a déclaré la plus forte consommation chez les femmes et enregistré le plus faible écart de consommation entre les deux sexes. Chez les 20 à 24 ans, les hommes ont cependant déclaré deux fois plus de consommations que les femmes.

Le syndrome d'alcoolisme foetal

Une étude effectuée par le gouvernement du Yukon en 1991 suggère que bien que l'on ne connaisse pas encore l'incidence et la fréquence du SAF (syndrome d'alcoolisme foetal) et des EAF (effets de l'alcoolisme foetal), la consommation d'alcool, surtout chez les femmes, et le nombre des nouveau-nés de faible poids sont si élevés qu'il faudrait réagir sans attendre d'avoir obtenu des chiffres précis.[5]

Entre-temps, on note un niveau d'information, d'intérêt et de sensibilisation relativement important face au problème. Quatre-vingt-cinq pour cent des participants à l'enquête territoriale de 1991 sur l'alcool et les autres drogues ont déclaré s'inquiéter de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et 92% n'étaient pas d'accord avec l'idée que «la femme enceinte puisse prendre quelques verres d'alcool régulièrement sans danger».

UN RECONFORT CONTRE LE FROID?

Les habitants du Nord boivent-ils pour se réconforter des longs hivers froids et sans soleil? Il semble que non. Seulement 16% des buveurs disent consommer davantage en hiver, alors que près de 50% affirment consommer davantage en été, déclarations confirmées par les ventes saisonnières d'alcool.[7]

L'alcool et le sexe

C'est au Yukon que l'on enregistre les plus hauts taux d'activité sexuelle au Canada : 83% des hommes et 78% des femmes ayant participé à l'enquête territoriale de 1993 sur la promotion de la santé ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des douze mois précédents.[6] Les résultats

correspondants de la même enquête réalisée en 1990 auprès des provinces exclusivement établissaient ces taux à 78% chez les hommes et à 69% chez les femmes. Selon les chercheurs, le fait que le Yukon compte la plus importante population des 24 à 44 ans et un pourcentage relativement peu élevé d'aînés influent sans doute sur les taux obtenus.

Parmi les gros buveurs sexuellement actifs, 63% ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire sexuel et 37%, en avoir deux ou plus. Par contre, 91% des buveurs légers et occasionnels et sexuellement actifs ont déclaré n'avoir qu'un seul partenaire. Chez les gros buveurs, 35% ont déclaré «toujours» ou «presque toujours» utiliser le condom avec leur plus récente partenaire . Aussi, 16% des gros buveurs, comparativement à 13% pour l'ensemble de la population, ont déclaré avoir subi un test de dépistage des maladies transmissibles sexuellement durant les douze mois avant l'enquête.

L'ESPERANCE DE VIE CHEZ LES INUIT DE BAFFIN

L'espérance de vie des Inuit de Baffin est de 66,6 ans, soit 10 ans de moins que pour l'ensemble des Canadiens (76,3 ans).[12] Les principales causes de décès sont les blessures et les empoisonnements, les tumeurs, et les maladies du système respiratoire; les taux de mortalité pour chacune de ces causes sont sensiblement plus élevés pour les Inuit que pour l'ensemble des Canadiens.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Une vaste contrée, mais peu de données

Les Territoires du Nord-Ouest (le «tiers supérieur du Canada») occupe une superficie d'environ 3,3 millions de kilomètres carrés (1,3 million de milles carrés). Ils comprennent le nord magnétique et plus de 9% des eaux douces de la planète, et touchent l'océan Arctique au nord ainsi que l'océan Atlantique à l'est. Quelque 57 650 personnes y vivent, réparties dans de petites localités éparpillées. Yellowknife, la capitale, constitue avec ses 15 000 habitants la plus importante agglomération.

Vu les difficultés que pose l'étude de petites populations disséminées sur de vastes étendues, les plus récentes enquêtes nationales faisaient exclusion des Territoires du Nord-Ouest et du Territoire du Yukon. Les données sur l'abus de l'alcool et des autres drogues dans ces régions sont donc très limitées, mais on dispose en revanche des données provenant des ventes d'alcool.

Sept magasins des alcools sur 3 300 000 kilomètres carrés

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest dépensent plus pour les boissons alcoolisées et en consomment davantage que partout ailleurs au pays, sauf au Yukon.[8]

En termes de litres déclarés, les ventes provinciales et territoriales pour 1990-1991 indiquent une consommation de 128,7 litres par habitant, contre 207,8 au Yukon et 115,4 dans l'ensemble du pays pour la même période.[9]

Cette même année, les Territoires du Nord-Ouest ont dépensé à ce titre 812,70 dollars par

habitant (contre près de 1 000 dollars au Yukon), soit 71,7% de plus que la moyenne canadienne. Comme ailleurs au pays, la tendance à dépenser davantage pour les boissons alcoolisées se maintient. Entre 1986-1987 et 1990-1991, cette croissance atteignait 17,4% comparativement à 9,2 à l'échelle nationale.

La Régie des alcools des Territoires du Nord-Ouest exploite sept magasins des alcools, mais celui de Yellowknife vend considérablement plus que les autres. En 1992, ses ventes représentaient 48,7% des ventes d'alcool globales des Territoires, soit 13,8 millions de dollars pour ce seul magasin. La même année, le magasin de Inuvik a rapporté 4,4 millions de dollars, celui de Hay River 3,7 millions, de Iqaluit 2,6 millions, de Fort Smith 1,6 million, de Norman Wells 1,2 million, et de Fort Simpson 1,1 million.

Les femmes, la drogue, et la grossesse

Aucune étude ne s'est spécifiquement penchée à ce jour sur la consommation d'alcool chez les femmes des Territoires du Nord-Ouest. Néanmoins, une étude consacrée aux femmes enceintes de cette région a conclu que l'usage du tabac et de l'alcool y était si élevé qu'il justifiait l'adoption d'importantes mesures de sensibilisation.[10]

L'étude de 1992, réalisée auprès de 162 femmes qui s'étaient présentées aux soins prénataux et qui ont accouché à Inuvik entre septembre 1987 et janvier 1990, a permis d'enregistrer et d'analyser les mensurations des mères et de leurs nouveau-nés. L'échantillon comptait 56 Inuit, 38 Indiennes, 37 blanches et 31 métissées. Soixante-quatre pour cent d'entre elles fumaient, 57% absorbaient plus de 300 mg de caféine par jour, et 34% buvaient de l'alcool durant leur grossesse. L'usage du tabac, l'absorption de caféine et les beuveries étaient plus fréquents chez les mères inuit que chez les mères indiennes. Aussi, a-t-on observé que l'usage du tabac contribuait sensiblement à l'insuffisance du poids et à la petite taille des nouveau-nés, et l'usage de l'alcool, surtout les beuveries, à la circonférence inférieure de la tête des nouveau-nés.

Le mauvais traitement des enfants et de la conjointe

Les chercheurs des Territoires du Nord-Ouest soulignent que l'abus d'alcool dans cette région contribue à de nombreux problèmes, notamment le mauvais traitement des enfants et de la conjointe, l'absentéisme à l'école et au travail, la désintégration de la famille, le chômage, le crime et les suicides.[11] Ils comparent le problème de l'alcoolisme à la roue qui tourne, c'est-à-dire que l'enfant de parents alcooliques deviendra lui-même alcoolique et aura un jour des enfants alcooliques et ainsi de suite. Les beuveries, en particulier chez les hommes de 15 à 30 ans, constituent le mode de consommation le plus courant dans les Territoires.

Le tabac chez les jeunes filles et les femmes de l'Arctique

Dans l'Arctique canadien, 71% des Inuit, 63% des Dénés et des Métis, et 43% des non-autochtones fument déjà régulièrement la cigarette à l'âge de 19 ans.[13] Dans chaque groupe ethnique et presque tous les groupes d'âge, les filles sont normalement plus nombreuses à fumer que les garçons, les Inuit de 15 à 19 ans se classant au premier rang, 77% ayant déclaré fumer.

De tous les adolescents qui ont déclaré fumer, 12% environ fumaient plus de 15 cigarettes par jour; ce taux atteint 23% chez les jeunes non autochtones. Chez les garçons comme chez les filles, la fréquence est supérieure chez les non autochtones, moyenne chez les Dénés et les Métis, et inférieure chez les Inuit. Dans tous les groupes ethniques, les garçons sont généralement plus nombreux que les filles à fumer plus de 15 cigarettes par jour.

D'après une étude réalisée dans les écoles en 1987, les filles chiquent généralement moins souvent que les garçons et ce, dans les trois groupes analysés.[14] Les filles dénés et métis constituaient cependant une exception; 8% des 5 à 9 ans et des 10 à 14 ans ont déclaré chiquer. Quant aux garçons, 7% des 5 à 9 ans, 12% des 10 à 14 ans, et 11% des 15 à 19 ans chiquaient.

En ce qui concerne le tabac à renifler pour l'ensemble de la population des Territoires, 4% des filles de 5 à 9 ans, 6% des 10 à 14 ans et 3% des 15 à 19 ans ont déclaré renifler, les taux de fréquence étant supérieurs dans le groupe des Dénés et des Métis. Chez les filles de ce groupe, 13% des 5 à 9 ans, 20% des 10 à 14 ans, et 12% des 15 à 19 ans ont déclaré renifler.

Le tabac à chiquer et à priser

Une étude menée dans l'Arctique rappelle que l'usage du tabac à chiquer ou à priser constitue une tradition chez certains groupes d'adultes des Territoires.[15] A partir du début des années 50 toutefois, est apparue avec la venue des navires marchands une variété commerciale de tabac qui a eu tôt fait de gagner la faveur des gens. L'étude fait

observer que les enfants et les adolescents qui développent une dépendance à ce produit durant leur primaire et leur secondaire sont tout particulièrement à risque. L'analyse chimique d'échantillons de tabac à chiquer ou à priser provenant de six pays a révélé que le tabac à priser humide prélevé à Gjoa Haven, dans les Territoires du Nord-Ouest, en 1985, était celui qui contenait le plus de nitrosamine, cancérigène spécifique au tabac.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Les problèmes des autochtones vivant hors réserves

Pour les autochtones vivant hors réserves et à Vancouver[16], les problèmes d'alcool et de drogue dépassent de loin tous les autres. Selon les données de l'Enquête, les dix problèmes les plus graves sont :

1. Abus d'alcool et d'autres drogues, 64,7%
2. Difficulté à obtenir un logement convenable., 22,4%
3. Chômage, 18,3%
4. Préjudices et discrimination, 11,9%
5. Mauvais traitement et négligence à l'endroit des enfants, puis confiscation de ceux-ci, 8,3%
6. Choc culturel de l'adaptation au milieu urbain blanc, 8,3%
7. Manque d'opportunités d'emploi et de formation, 8,3%
8. Faible connaissance et image de soi, 7,3%
9. Ressources financières insuffisantes, 6,9%
10. Niveau d'instruction insuffisant, 6,4%

Les chercheurs de la Colombie-Britannique soulignent que les données ne permettent pas d'établir si l'abus de l'alcool et des autres drogues contribue ou non aux autres problèmes ou en est effectivement la source. Ils voient cependant une corrélation entre les problèmes tels que les morts prématurées, la violence familiale, la désintégration de la famille, la confiscation des enfants, les conflits avec la loi, les soucis et les problèmes financiers graves, et les divers troubles de santé physiques et psychiques. Ils signalent que les répercussions de ces problèmes sur l'enfant de parents alcooliques vont de l'exposition du foetus à l'alcool (syndrome d'alcoolisme foetal) jusqu'à l'exposition, plus tard, aux abus psychiques et physiques au sein du foyer.

L'usage des drogues illicites chez les autochtones de la Colombie-Britannique demeure peu étudié, et les estimations faites à ce jour varient sensiblement.[17] Les chercheurs de cette province rappellent cependant une étude de 1989 sur les besoins en traitement, laquelle fait écho à une observation formulée par le Conseil de bande Nuu-chah-nulth à l'occasion d'une étude réalisée en 1983, à savoir que «les faits appuient l'opinion souvent exprimée voulant que l'abus de l'alcool et des autres drogues affecte 90% des autochtones de la Colombie-Britannique. Les toxicomanes formeraient entre 5% et 95% de la population adulte des diverses collectivités autochtones, mais se situeraient plutôt entre 40% et 80% selon la majorité des estimations.»

Les chercheurs de la Colombie-Britannique ont aussi attiré l'attention sur une étude effectuée en 1989, dans le cadre de laquelle des professionnels des services de soutien social avaient indiqué certains services jugés utiles aux autochtones habitant Vancouver.[18] La presque totalité des participants avaient alors indiqué les points ci-après comme étant très importants :

- une plus grande valorisation de la sobriété par les chefs autochtones;
- un plus grand réseautage des professionnels de la santé autochtones et des autres professionnels autochtones et non autochtones;
- la formation d'un plus grand nombre de professionnels autochtones en matière de toxicomanie;
- la création de services de counseling externes pour les jeunes, les familles, les couples et les individus;
- la création de programmes de loisirs et d'autres activités pour les jeunes;

Les chercheurs de la Colombie-Britannique notent que les aînés ont parfois du mal à faire la distinction entre le symptôme d'un problème de santé et une infirmité normale de l'âge.

- la création de programmes spirituels et culturels;
- la création de maisons de réadaptation et de transition;
- la prestation de services de traitement résidentiels intensifs pour les jeunes, les familles et les adultes célibataires.

Les chercheurs notent que le réseau de services actuel ne permet pas de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie.

Le syndrome d'alcoolisme foetal

Une étude menée en 1985 dans le nord-ouest de la Colombie-Britannique auprès de 586 enfants a révélé que 92% d'entre eux souffraient syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) ou des effets de l'alcoolisme foetal (EAF), et que 82 de ces derniers étaient autochtones.[19] Sur une population de 3 300 enfants autochtones dans la région examinée, la fréquence atteignait 25 sur 1 000, alors qu'elle se situait à 0,4 sur 1 000 pour la population des 23 440 enfants non autochtones.

Les résultats de l'étude ont démontré que 10 des 22 collectivités visitées considéraient l'abus d'alcool comme un problème et qu'un plus grand nombre de femmes autochtones (65%) que de non autochtones (9%) buvaient durant leurs grossesses. Les enfants souffrant de handicaps physiques et de problèmes de croissance constituaient un pourcentage infime mais tout de même important de la population dans chaque collectivité.

Les aînés

Un coup d'oeil inhabituel sur les aînés chimiquement dépendants et éprouvant simultanément divers problèmes médicaux et fonctionnels complexes nous est fourni par une étude réalisée par l'organisme VISTA (Victoria Innovative Seniors Treatment Agency).[20] Celle-ci examine les caractéristiques et l'état fonctionnel de 419 des personnes qui lui furent référées entre janvier 1989 et novembre 1990.

Les sujets avaient entre 40 et 96 ans, l'âge moyen étant de 71,35 ans. Plus du cinquième avaient moins de 65 ans. La plupart étaient célibataires, divorcés ou veufs, et la majorité étaient des femmes (58,2%). Près de 80% étaient considérés chimiquement dépendants. Parmi ceux admis en traitement, on a posé un diagnostic de problème d'alcool dans 287 cas (68,5%), de problème de drogue dans 40 cas (9,5%), et de problème d'interaction drogue-alcool dans 24 cas (5,7%).

Sur les 245 buveurs réguliers, 61% avaient commencé à un âge moyen ou avancé. Chez les 86% ayant déclaré avoir l'habitude des beuveries, 76% avaient commencé à un âge moyen ou avancé. De ceux admis une deuxième fois en traitement, les plus nombreux (37,5%) avaient commencé à boire jeunes. Les buveurs réguliers et les buveurs enclins aux beuveries qui avaient commencé tôt à consommer ont aussi terminé leur traitement avec les pronostics les plus sombres. La majorité de ceux plus âgés souffraient d'isolement social (58,2%) et de problèmes de santé physique (55,2%). Près de la moitié (47,3%) étaient affligés par un chagrin ou une perte, et quelque 25% par des problèmes de logement, de couple et de santé mentale.

Les chercheurs de la Colombie-Britannique notent que les aînés ont parfois du mal à faire la distinction entre le symptôme d'un problème de santé et une infirmité normale de l'âge, et ils précisent que l'orgueil mal placé, un sentiment d'embarras et la crainte sont autant de facteurs pouvant compliquer la situation. Lors d'une réunion sur la médication et le patient plus âgé, les soignants de Vancouver ont exprimé leur inquiétude face aux multiples problèmes qu'éprouvent les aînés par suite d'une médication excessive ou inappropriée.[21] Ils expliquent le manque des aînés à se conformer aux directives par les principales raisons suivantes :

- information insuffisante ou trop complexe;
- problème de langue;
- attitude paternaliste ou condescendante de la part des professionnels;
- les barèmes de remboursement des soignants ne reflètent pas le fait que le traitement d'une personne âgée exige souvent plus de temps et plus de visites;
- insuffisance de temps ou incompétence du pharmacien pour donner les conseils nécessaires.

L'alcool au voient et les achats outre-frontière

Les délits de conduite avec facultés affaiblies en Colombie-Britannique ont régressé, mais les chercheurs de cette province précisent qu'il n'est pas clair si la consommation d'alcool a elle aussi diminué.[22] L'un des facteurs d'incertitude vient des achats d'alcool outre-frontières; à ce jour, il

demeure impossible d'obtenir une estimation même approximative de la quantité d'alcool acheté aux Etats-Unis pour fin de consommation en Colombie-Britannique. Néanmoins, entre 1978 et 1988, on a enregistré une baisse de 50% des accidents de la route causant des blessures ou la mort, principalement imputables à l'alcool, et de nouvelles données indiquent que la tendance se maintient.

De plus, même si le nombre des personnes blessées dans tous les genres d'accidents de la route entre 1986 et 1991 a augmenté de près de 14%, pour atteindre 47 375, celui des personnes blessées dans des accidents reliés à l'alcool a diminué de plus de 7%, passant ainsi à 5 276.[23] De façon similaire, même si le nombre des personnes tuées dans la totalité des accidents au cours de la même période a fait un bond d'environ 10%, celui des personnes tuées dans des accidents reliés à l'alcool a diminué de plus de 14%. La tendance ressort nettement dans toute la province; seules les régions de Courtenay, Kamloops et Vancouver ont accusé des hausses dans cette catégorie entre 1986 et 1991.

ALBERTA

Les décès chez les autochtones et les Métis

Selon les chercheurs de l'Alberta, les populations autochtones de cette province éprouvent considérablement plus de problèmes reliés à l'alcool que les non autochtones.[24] Ils signalent à ce propos deux grands projets de recherche menée en Alberta qui confirment leur opinion. Même si d'autres chercheurs avancent des estimations plus conservatrices, une présentation faite au groupe d'étude de 1991 chargé d'examiner le régime judiciaire et son impact sur les peuples indiens et métis de l'Alberta (1991 Task Force on the Criminal justice System and its Impact on Indian and Métis People of Alberta), suggère qu'environ 80% des autochtones de l'Alberta souffrent d'un problème relié à l'alcool ou aux autres drogues.[25] Les autochtones sont aussi nettement surreprésentés parmi les détenus condamnés en vertu de la loi régissant les alcools (Liquor Control Act); selon le groupe d'étude, en 1990, 21% de tous les autochtones détenus l'étaient pour des infractions à cette loi, comparativement à 6% chez les non-autochtones.

L'autre étude, effectuée celle-là par le médecin légiste en chef de l'Alberta pour la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, comparait les taux des morts non naturelles chez les autochtones et les non-autochtones dans cette province de 1986 à 1990.[26] Voici certains des principaux résultats obtenus :

- Les deux tiers (67%) des autochtones décédés de causes non naturelles buvaient juste avant leur mort, contre moins de la moitié (45 chez les non-autochtones.
- Le nombre des décès clairement imputables à un abus d'alcool ou de drogue était cinq fois plus élevé chez les autochtones que chez les non-autochtones.
- Le taux des suicides chez les autochtones était deux fois et demie plus élevé que chez les non-autochtones, celui des morts accidentelles trois fois supérieur, et celui des morts par homicide, plus de huit fois supérieur.

Même si peu d'études ont été consacrées à l'usage des drogues illicites chez les autochtones et les Métis de l'Alberta, les données des centres correctionnels provinciaux laissent croire que dans l'ensemble, ces populations ne consomment pas plus de drogues que les non autochtones.[27]

Les injections de drogues et le sida

La presque totalité des toxicomanes qui prennent des drogues par injection et qui sont inscrits à un traitement antidrogue en Alberta sont informés des risques de l'infection au VIH et du sida et savent comment se protéger.[28] Cependant, la majorité persistent dans leurs comportements à risques. Plus de 65% n'utilisent pas le condom régulièrement, 60% utilisent régulièrement des aiguilles non stérilisées, 57% ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, et 54% ont des partenaires sexuels qui pratiquent aussi l'injection.26

Fait encourageant toutefois, 57% de ces toxicomanes ont subi un test de dépistage du VIH, 66% ont adopté des modes d'administration plus sécuritaires, et 40% affirment mieux choisir leurs partenaires et utiliser le condom. Les chercheurs de l'Alberta font observer que l'on retrouve à une extrémité de la gamme des comportements à risques un nombre relativement important de personnes qui pratiquent peu d'activités à risques, et à l'autre extrémité, un nombre petit, mais néanmoins important, de personnes qui s'adonnent à plusieurs.

Des résultats similaires ont été obtenus lors d'une étude-pilote consacrée exclusivement aux autochtones pratiquant l'injection, en 1992, et fondée sur 47 entrevues individuelles. Or, bien qu'ils connaissent les dangers courus, les

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

toxicomanes autochtones continuent d'utiliser des seringues non stérilisées, et d'avoir des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires. Ils croient peu au risque de contamination au VIH et évitent même de nettoyer leurs seringues à cause, semble-t-il, de l'odeur de l'eau de javel et du temps et de l'effort que demande le nettoyage du matériel et, en fait, parce que tout ce processus «les rend malades». Ils échangent aussi leurs seringues neuves contre de la drogue.

Les produits alcoolisés non consommable

Alberta, l'exercice de contrôles plus serrés sur le désinfectant en aérosol Lysol, le vin de cuisine ethnique, et les toniques «médicinaux» semblent avoir contribué à réduire l'usage de ces trois produits.[29] Le désinfectant y avait constitué un réel problème pendant plus de dix ans. Selon une étude menée en 1990, jusqu'à 500 personnes dans la seule ville d'Edmonton consommaient régulièrement ce produit.Une étude de suivi réalisée en 1992 laisse supposer une certaine diminution, que l'on impute aux modifications de la loi provinciale sur les alcools, à un accroissement de l'activité policière, des activités de prévention et d'éducation, et à l'avancement des heures d'ouverture du magasin de vins et spiritueux situé au centre-ville.

Lorsque les habitués du désinfectant ont délaissé ce produit en faveur du vin de cuisine et des toniques, ces produits étaient aussi réglementés par la Régie des alcools, mais ils sont aujourd'hui disponibles sur demande seulement.

La plupart des produits non consommable, y compris les trois produits précités (ainsi que le rince-bouche, la lotion après-rasage, le cirage pour chaussures, les extraits d'essences et le sirop contre la toux), contiennent de l'alcool éthylique (éthanol) et ne sont pas toxiques. Certains produits sont par contre composés d'autres alcools, tels l'isopropanol (alcool à friction), le méthanol (solvants, diluants à laques), le glycol d'éthylène (antigel pour automobiles, liquides pour photocopieurs), et l'hydrate de méthyle, qui sont hautement toxiques.

LE CULTURISME

Vu la multiplication des tests antidopage, il semblerait que les athlètes d'Edmonton délaissent des stéroïds anabolisants en faveur des hormones de croissance humaine.[31] Les chercheurs de l'Alberta croient que l'une des nouvelles drogues recherchées serait peut-être l'Erythropoietin, bien que rien ne prouve encore sa popularité. Ces deux produits sont des dérivés de substances produites naturellement par l'organisme; aucun test ne permet de les dépister.

Hausse des cocaïnomanes en traitement

Le pourcentage des cocaïnomanes adultes et adolescents en traitement dans cette province est à la hausse.[30] De 1986-1987 jusqu'à la fin de 1991-1992, le pourcentage des cocaïnomanes adultes en traitement dans les centres de la commission provinciale est passé de 2% (476) à 19% (5 220). D'après le personnel de traitement, les adeptes de la cocaïne sont plus jeunes et plus susceptibles que les autres toxicomanes d'être sans emploi, polytoxicomanes, et consommateurs à la fois d'alcool et de marijuana.

Quant aux écarts séparant les deux sexes, on constate que chez les patients de moins de 30 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à utiliser la cocaïne, soit 7% contre 3,7% chez les 18 et 19 ans et 54,5% contre 41,6% chez les 20 à 29 ans. Passés 30 ans, les hommes tendent par contre à consommer davantage de cocaïne (43,6%

contre 32,6%), ce qui correspond au profil de la population en général.

SASKATCHEWAN

La polytoxicomanie
La proportion des autochtones dans les centres de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans cette province par rapport à la clientèle globale de ces centres est passée de 15% en 1984-1985 à 26% en 1988-1989.32 Non seulement la quasi-totalité de ces patients ont-ils continué de souffrir d'alcoolisme après leur traitement, mais certains, qui souffraient exclusivement d'alcoolisme à l'origine, ont par la suite développé une double dépendance. Entre 1984-1985 et 1988-1989, le taux des personnes en traitement pour des problèmes d'alcool uniquement est tombé de 67% à 50%, tandis que celui des personnes traitées pour double dépendance a au contraire grimpé de 31% à 46%. Alors que la proportion hommes-femmes chez les patients autochtones est demeurée relativement constante à 2 contre 1, celle des 19 ans et moins a augmenté. En 1988-1989, 62% avaient moins de 30 ans, 24% moins de 19 ans, et 38% avaient entre 20 et 29 ans.

Le suicide
Moins de femmes que d'hommes se suicident, mais la recherche effectuée en Saskatchewan suggère qu'elles sont en revanche plus nombreuses à avoir consommé des drogues avant de poser leur geste.[34] Une étude de 62 femmes et 210 hommes suicidés a démontré que l'absorption préalable de substances constituaient un facteur chez 79% des femmes et 62,9% des hommes. Cependant, près de la moitié (46,8%) des suicides chez les femmes impliquaient des drogues autres que l'alcool, 25,8% une combinaison drogues-alcool, et 6,5% l'alcool uniquement. Chez les hommes par contre, les drogues seules étaient impliquées dans 12,4% des cas seulement, une combinaison drogue-alcool dans 15,2%, et l'alcool exclusivement dans 32,5% des cas.

Les chercheurs de la Saskatchewan font aussi observer que la présence des facteurs drogue et alcool varie avec l'âge de l'individu. Chez les adolescents par exemple, le pourcentage des suicides où l'alcool et/ou d'autres drogues ont joué un rôle s'établit à 50%. Chez les sujets dans la vingtaine, ce taux atteint 72,2%, et chez ceux de 30 ans ou plus, 66,7%.

L'ALCOOL AU VOLANT

En 1992, 18% des conducteurs avec facultés affaiblies impliqués dans des accidents de la route en Saskatchewan étaient des femmes et 82%, des hommes.[33]

Les femmes en traitement
Plus de 55 % des femmes fréquentant les centres de traitement ont moins de 30 ans, 49% sont autochtones, et seulement 20% ont un emploi, d'après une étude effectuée en 1988-1989 par la commission provinciale alors chargée d'étudier les problèmes d'alcool et des autres drogues.[35] Parmi les femmes en traitement de plus de 19 ans, 63% n'avaient pas terminé leur secondaire. L'étude, qui s'est penchée sur l'usage que font les femmes des divers centres de soins internes et externes, des centres de désintoxication, ainsi que des maisons de transition, a examiné 3 443 cas d'admission, soit 29,6 % des 11 618 admissions enregistrées pendant la durée de l'étude.

En tout, 50 % des femmes ont déclaré des problèmes de dépendance, dont 4 % aux drogues exclusivement, et 46% aussi bien à l'alcool qu'aux autres drogues. Durant les cinq années ayant précédé l'étude, le taux des femmes dépendantes de l'alcool et d'autres drogues a progressé de 10%. Elles avaient généralement tendance à déclarer un problème à l'endroit des drogues d'ordonnance plutôt que des drogues illicites. Ce sont surtout les tranquillisants (26%) dont elles faisaient le plus grand abus et les drogues illicites qu'elles utilisaient le moins.

toxicomanes autochtones continuent d'utiliser des seringues non stérilisées, et d'avoir des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires. Ils croient peu au risque de contamination au VIH et évitent même de nettoyer leurs seringues à cause, semble-t-il, de l'odeur de l'eau de javel et du temps et de l'effort que demande le nettoyage du matériel et, en fait, parce que tout ce processus «les rend malades». Ils échangent aussi leurs seringues neuves contre de la drogue.

Les produits alcoolisés non consommable

Alberta, l'exercice de contrôles plus serrés sur le désinfectant en aérosol Lysol, le vin de cuisine ethnique, et les toniques «médicinaux» semblent avoir contribué à réduire l'usage de ces trois produits.[29] Le désinfectant y avait constitué un réel problème pendant plus de dix ans. Selon une étude menée en 1990, jusqu'à 500 personnes dans la seule ville d'Edmonton consommaient régulièrement ce produit.Une étude de suivi réalisée en 1992 laisse supposer une certaine diminution, que l'on impute aux modifications de la loi provinciale sur les alcools, à un accroissement de l'activité policière, des activités de prévention et d'éducation, et à l'avancement des heures d'ouverture du magasin de vins et spiritueux situé au centre-ville.

Lorsque les habitués du désinfectant ont délaissé ce produit en faveur du vin de cuisine et des toniques, ces produits étaient aussi réglementés par la Régie des alcools, mais ils sont aujourd'hui disponibles sur demande seulement.

La plupart des produits non consommable, y compris les trois produits précités (ainsi que le rince-bouche, la lotion après-rasage, le cirage pour chaussures, les extraits d'essences et le sirop contre la toux), contiennent de l'alcool éthylique (éthanol) et ne sont pas toxiques. Certains produits sont par contre composés d'autres alcools, tels l'isopropanol (alcool à friction), le méthanol (solvants, diluants à laques), le glycol d'éthylène (antigel pour automobiles, liquides pour photocopieurs), et l'hydrate de méthyle, qui sont hautement toxiques.

LE CULTURISME

Vu la multiplication des tests antidopage, il semblerait que les athlètes d'Edmonton délaissent des stéroïds anabolisants en faveur des hormones de croissance humaine.[31] Les chercheurs de l'Alberta croient que l'une des nouvelles drogues recherchées serait peut-être l'Erythropoietin, bien que rien ne prouve encore sa popularité. Ces deux produits sont des dérivés de substances produites naturellement par l'organisme; aucun test ne permet de les dépister.

Hausse des cocaïnomanes en traitement

Le pourcentage des cocaïnomanes adultes et adolescents en traitement dans cette province est à la hausse.[30] De 1986-1987 jusqu'à la fin de 1991-1992, le pourcentage des cocaïnomanes adultes en traitement dans les centres de la commission provinciale est passé de 2% (476) à 19% (5 220). D'après le personnel de traitement, les adeptes de la cocaïne sont plus jeunes et plus susceptibles que les autres toxicomanes d'être sans emploi, polytoxicomanes, et consommateurs à la fois d'alcool et de marijuana.

Quant aux écarts séparant les deux sexes, on constate que chez les patients de moins de 30 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à utiliser la cocaïne, soit 7% contre 3,7% chez les 18 et 19 ans et 54,5% contre 41,6% chez les 20 à 29 ans. Passés 30 ans, les hommes tendent par contre à consommer davantage de cocaïne (43,6%

contre 32,6%), ce qui correspond au profil de la population en général.

SASKATCHEWAN

La polytoxicomanie

La proportion des autochtones dans les centres de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans cette province par rapport à la clientèle globale de ces centres est passée de 15% en 1984-1985 à 26% en 1988-1989.32 Non seulement la quasi-totalité de ces patients ont-ils continué de souffrir d'alcoolisme après leur traitement, mais certains, qui souffraient exclusivement d'alcoolisme à l'origine, ont par la suite développé une double dépendance. Entre 1984-1985 et 1988-1989, le taux des personnes en traitement pour des problèmes d'alcool uniquement est tombé de 67% à 50%, tandis que celui des personnes traitées pour double dépendance a au contraire grimpé de 31% à 46%. Alors que la proportion hommes-femmes chez les patients autochtones est demeurée relativement constante à 2 contre 1, celle des 19 ans et moins a augmenté. En 1988-1989, 62% avaient moins de 30 ans, 24% moins de 19 ans, et 38% avaient entre 20 et 29 ans.

Le suicide

Moins de femmes que d'hommes se suicident, mais la recherche effectuée en Saskatchewan suggère qu'elles sont en revanche plus nombreuses à avoir consommé des drogues avant de poser leur geste.[34] Une étude de 62 femmes et 210 hommes suicidés a démontré que l'absorption préalable de substances constituaient un facteur chez 79% des femmes et 62,9% des hommes. Cependant, près de la moitié (46,8%) des suicides chez les femmes impliquaient des drogues autres que l'alcool, 25,8% une combinaison drogues-alcool, et 6,5% l'alcool uniquement. Chez les hommes par contre, les drogues seules étaient impliquées dans 12,4% des cas seulement, une combinaison drogue-alcool dans 15,2%, et l'alcool exclusivement dans 32,5% des cas.

Les chercheurs de la Saskatchewan font aussi observer que la présence des facteurs drogue et alcool varie avec l'âge de l'individu. Chez les adolescents par exemple, le pourcentage des suicides où l'alcool et/ou d'autres drogues ont joué un rôle s'établit à 50%. Chez les sujets dans la vingtaine, ce taux atteint 72,2%, et chez ceux de 30 ans ou plus, 66,7%.

L'ALCOOL AU VOLANT

En 1992, 18% des conducteurs avec facultés affaiblies impliqués dans des accidents de la route en Saskatchewan étaient des femmes et 82%, des hommes.[33]

Les femmes en traitement

Plus de 55 % des femmes fréquentant les centres de traitement ont moins de 30 ans, 49% sont autochtones, et seulement 20% ont un emploi, d'après une étude effectuée en 1988-1989 par la commission provinciale alors chargée d'étudier les problèmes d'alcool et des autres drogues.[35] Parmi les femmes en traitement de plus de 19 ans, 63% n'avaient pas terminé leur secondaire. L'étude, qui s'est penchée sur l'usage que font les femmes des divers centres de soins internes et externes, des centres de désintoxication, ainsi que des maisons de transition, a examiné 3 443 cas d'admission, soit 29,6 % des 11 618 admissions enregistrées pendant la durée de l'étude.

En tout, 50 % des femmes ont déclaré des problèmes de dépendance, dont 4 % aux drogues exclusivement, et 46% aussi bien à l'alcool qu'aux autres drogues. Durant les cinq années ayant précédé l'étude, le taux des femmes dépendantes de l'alcool et d'autres drogues a progressé de 10%. Elles avaient généralement tendance à déclarer un problème à l'endroit des drogues d'ordonnance plutôt que des drogues illicites. Ce sont surtout les tranquillisants (26%) dont elles faisaient le plus grand abus et les drogues illicites qu'elles utilisaient le moins.

MANITOBA

Les jeunes fugitifs, la drogue et le sida

Les jeunes qui vivent dans la rue et dans les établissements pour délinquants courent un risque nettement plus grand que les autres jeunes de développer un problème de toxicomanie, affirment les chercheurs du Manitoba.[36] De plus, ces jeunes minimisent ou refusent tout simplement d'admettre les dangers que comportent les rapports sexuels non protégés et le partage des seringues, ce qui aggrave leur situation.

A Winnipeg, 76% des jeunes fugitifs et des jeunes de la rue font un usage abusif d'alcool et d'autres drogues et 46% ont des rapports sexuels non protégés, dont plus des trois quarts le font à la fois pour le plaisir (77%) et pour l'argent (34%). Un tiers d'entre eux ont contracté une maladie transmissible sexuellement, et des 22% qui pratiquent l'injection de drogues, un tiers admettent partager les seringues. Même si la grande majorité prétendent savoir ce qu'est le sida (98%) et la façon dont il est transmis (92%), 63% ont des rapports sexuels dangereux, et seulement 30% croient au danger de leur comportement.

Dans un autre groupe de jeunes à risque, les jeunes détenus, 86% ont essayé la marijuana au moins une fois, 80% en consomment régulièrement, et 66% ont déclaré s'être défoncés à plus d'une reprise avec ce produit. Près de la moitié ont déclaré fumer de la marijuana plusieurs fois par semaine lorsqu'elle est disponible et sont aussi des renifleurs de solvants. Les jeunes en liberté surveillée préfèrent avant tout l'alcool. Contrairement aux délinquants incarcérés, ils utilisent une combinaison d'alcool et d'autres drogues plus souvent qu'ils ne fument la marijuana (10,6% contre 1,4% en 1990-1991).

La drogue chez les femmes prostituées

A Winnipeg, 84% des femmes qui se prostituent consomment des drogues illicites, souvent en combinaison avec de l'alcool. Plus de la moitié d'entre elles souhaiteraient abandonner la drogue.

Les chercheurs du Manitoba citent deux études.[37] Selon l'une d'elles, la majorité de ces femmes sont de race blanche, ont moins de 25 ans (70%), et comptent moins de neuf années de scolarité. Bon nombre d'entre elles affirment se droguer pour pouvoir travailler. La seconde étude révèle que 26% des femmes consomment de la drogue à toutes les heures, 32% à tous les jours, et 32% à toutes les semaines. Des multiples drogues utilisées, c'est la marijuana qui vient au premier rang (79%). Elles consomment ensuite une combinaison de Talwin et de Ritalin (68%), le haschich (63%), la cocaïne (53%), et l'héroïne (11%). Même si 26% des femmes reconnaissent avoir un problème de toxicomanie, 11% seulement d'entre elles se sont déjà inscrites à un programme, et 74% ne savent pas où s'adresser pour obtenir l'assistance dont elles ont besoin. Cependant, 53% soutiennent qu'elles désirent quitter la drogue, 11% qu'elles abandonneront peut-être, et 32% qu'elles n'ont nulle intention d'abandonner.

CONNIVENCE DES PARENTS

Au Manitoba, 60% des élèves des écoles suburbaines ont déclaré que leurs parents connaissaient leur usage des produits chimiques, et 46% croyaient qu'ils étaient d'accord. De fait, 26% des parents participant à l'enquête acceptaient la consommation d'alcool de leurs enfants et 1%, celle des drogues illicites.[42]

Les autochtones

Entre 6% et 7% des habitants du Manitoba sont d'origine autochtone, dont approximativement les deux tiers vivent dans des réserves administrées par environ 60 conseils de bande. Ils représentent

MANITOBA

Les jeunes fugitifs, la drogue et le sida

Les jeunes qui vivent dans la rue et dans les établissements pour délinquants courent un risque nettement plus grand que les autres jeunes de développer un problème de toxicomanie, affirment les chercheurs du Manitoba.[36] De plus, ces jeunes minimisent ou refusent tout simplement d'admettre les dangers que comportent les rapports sexuels non protégés et le partage des seringues, ce qui aggrave leur situation.

A Winnipeg, 76% des jeunes fugitifs et des jeunes de la rue font un usage abusif d'alcool et d'autres drogues et 46% ont des rapports sexuels non protégés, dont plus des trois quarts le font à la fois pour le plaisir (77%) et pour l'argent (34%). Un tiers d'entre eux ont contracté une maladie transmissible sexuellement, et des 22% qui pratiquent l'injection de drogues, un tiers admettent partager les seringues. Même si la grande majorité prétendent savoir ce qu'est le sida (98%) et la façon dont il est transmis (92%), 63% ont des rapports sexuels dangereux, et seulement 30% croient au danger de leur comportement.

Dans un autre groupe de jeunes à risque, les jeunes détenus, 86% ont essayé la marijuana au moins une fois, 80% en consomment régulièrement, et 66% ont déclaré s'être défoncés à plus d'une reprise avec ce produit. Près de la moitié ont déclaré fumer de la marijuana plusieurs fois par semaine lorsqu'elle est disponible et sont aussi des renifleurs de solvants. Les jeunes en liberté surveillée préfèrent avant tout l'alcool. Contrairement aux délinquants incarcérés, ils utilisent une combinaison d'alcool et d'autres drogues plus souvent qu'ils ne fument la marijuana (10,6% contre 1,4% en 1990-1991).

La drogue chez les femmes prostituées

A Winnipeg, 84% des femmes qui se prostituent consomment des drogues illicites, souvent en combinaison avec de l'alcool. Plus de la moitié d'entre elles souhaiteraient abandonner la drogue.

Les chercheurs du Manitoba citent deux études.[37] Selon l'une d'elles, la majorité de ces femmes sont de race blanche, ont moins de 25 ans (70%), et comptent moins de neuf années de scolarité. Bon nombre d'entre elles affirment se droguer pour pouvoir travailler. La seconde étude révèle que 26% des femmes consomment de la drogue à toutes les heures, 32% à tous les jours, et 32% à toutes les semaines. Des multiples drogues utilisées, c'est la marijuana qui vient au premier rang (79%). Elles consomment ensuite une combinaison de Talwin et de Ritalin (68%), le haschich (63%), la cocaïne (53%), et l'héroïne (11%). Même si 26% des femmes reconnaissent avoir un problème de toxicomanie, 11% seulement d'entre elles se sont déjà inscrites à un programme, et 74% ne savent pas où s'adresser pour obtenir l'assistance dont elles ont besoin. Cependant, 53% soutiennent qu'elles désirent quitter la drogue, 11% qu'elles abandonneront peut-être, et 32% qu'elles n'ont nulle intention d'abandonner.

CONNIVENCE DES PARENTS

Au Manitoba, 60% des élèves des écoles suburbaines ont déclaré que leurs parents connaissaient leur usage des produits chimiques, et 46% croyaient qu'ils étaient d'accord. De fait, 26% des parents participant à l'enquête acceptaient la consommation d'alcool de leurs enfants et 1%, celle des drogues illicites.[42]

Les autochtones

Entre 6% et 7% des habitants du Manitoba sont d'origine autochtone, dont approximativement les deux tiers vivent dans des réserves administrées par environ 60 conseils de bande. Ils représentent

trois grands groupes linguistiques et cinq grands dialectes.[38] Selon les chercheurs de cette province toutefois, hormis deux exceptions, il existe peu de documentation sur l'usage d'alcool et des autres drogues chez les autochtones du Manitoba, en particulier chez les adultes.

L'une des deux exceptions signalées par les chercheurs consiste en une étude nationale réalisée par l'Association nationale des centres d'amitié en 1985.[39] Celle-ci a révélé que de 24% à 100% des membres qui fréquentaient les centres souffraient d'un problème de toxicomanie, la majorité des centres estimant que c'était le cas d'au moins 50% de leur clientèle. Les résultats obtenus pour le Manitoba reflètent les chiffres nationaux.

La seconde exception consiste en données recueillies auprès des organismes provinciaux de traitement des toxicomanies, qui indiquent un nombre disproportionné de clients autochtones. De 1987 à la fin de 1991, par exemple, quelque 40% de tous les patients en traitement au Manitoba étaient autochtones. Ce taux s'est maintenu pendant les quatre années de l'étude et se situe très près du taux projeté pour le reste du Canada.

Les inhalants chez les enfants autochtones

Sauf l'alcool, les principales drogues utilisées par les enfants autochtones de moins de 12 ans sont les inhalants (colle, essence, Lysol, correcteur liquide, pâte de bois plastique et les solvants tels que les dissolvants pour vernis à ongles).[40] Outre qu'ils utilisent ces mêmes substances, les enfants autochtones de 13 à 18 ans utilisent aussi des drogues d'ordonnance, des médicaments en vente libre, des drogues illicites, les laques en aérosol, l'antigel, les somnifères, l'alcool à friction, les disques de vinyle fondus, et les champignons magiques. De leur côté, les adultes préfèrent, après l'alcool, les drogues illicites et les produits contenant de l'alcool.

Le régime des ordonnances multiples

Dès la première d'année d'exploitation de son nouveau programme de contrôle des ordonnances multiples (Multiple Prescription Program (MPP)), le Manitoba a enregistré une baisse de 34% des ordonnances des drogues contrôlées.[41] Les réductions les plus significatives s'appliquaient aux ordonnances de pentazocine, de phénobarbital avec codéine, de méthaqualone, de diphénoxilate et d'hydrocodone. Les cinq drogues contrôlées venant en tête de liste des ordonnances prescrites en 1991 étaient le butalbital avec codéine, l'oxycodone HCI, l'hydrocodone bitartrate, le phosphate de codéine, et le sulfate de morphine. L'usage de la plupart des drogues contrôlées a diminué, mais la prescription des produits à base de morphine a en revanche augmenté, ce qui est néanmoins considéré comme un fait positif puisqu'il signifie «un éveil croissant des médecins à la nécessité de contrôler adéquatement la douleur chez les patients atteints de cancer».

Le programme a été établi en 1990 pour permettre d'une part de repérer les consommateurs dont l'usage de drogues justifie une intervention et les prescripteurs pouvant nécessiter une rééducation ou une intervention, et d'autre part de déterminer les tendances dans l'usage de certaines drogues d'ordonnance. Selon ce programme, les médecins, les dentistes et les vétérinaires désireux de prescrire des narcotiques, des barbituriques, des stimulants et des drogues contrôlées doivent utiliser un carnet de prescription particulier. Celui-ci permet de contrôler les activités du consommateur, du proscripteur, ainsi que du fournisseur, au moyen de l'ordinateur du collège des médecins et chirurgiens du Manitoba. Les benzodiazépines (tranquillisants) et les autres composés avec codéine ne figurent pas sur la liste des drogues contrôlées, étant donné le volume démesuré de données qu'il faudrait alors traiter.

La persistance des préjugés

D'après une étude centrée à Winnipeg, il arrive que des professionnels de la santé communautaire fassent fi de leur savoir et s'appuient sur des préjugés culturels, ethniques et sexuels pour identifier les femmes pouvant présenter un problème d'alcool.[43] Une étude sur la connaissance des femmes dépendantes de substances chimiques et sur les attitudes entretenues à leur endroit a effectivement été réalisée auprès des personnes les plus aptes à aiguiller celles qui ont un problème d'alcool vers les services de traitement appropriés. Or, les résultats ont démontré que 7% des participants considèrent la dépendance chimique comme le fait d'une infirmité morale et que 15% l'attribuent à une faiblesse de caractère. Pis encore, d'autres «reconnaissent» la dépendance chimique d'après l'apparence négligée du patient, et ce, encore plus volontiers s'il s'agit d'une patiente.

Le syndrome d'alcoolisme foetal

Au Manitoba, des études réalisées depuis 1983

suggèrent que l'incidence du syndrome d'alcoolisme foetal pourrait varier de 35 à plusieurs centaines de cas par an. Une étude menée en 1990 a établi l'incidence minimale dans un hôpital universitaire de Winnipeg à 5 cas sur 1 000 naissances viables.[44]

LES CINQ RAISONS DE DIRE NON A L'ALCOOL

Les femmes de l'Ontario cessent de consommer surtout lorsqu'elles sont enceintes, en formation, ou au régime (52,2%),47 les raisons de santé venant après (26,5%), et 20,4% parce qu'elles consomment trop. Les hommes cessent surtout pour des raisons de santé (33,2%), parce qu'ils consomment trop (29,8%), et qu'ils sont en formation ou au régime (23,7%)

ONTARIO

Nouveau revirement de l'usage des drogues et de l'attitude face à cet usage dans les écoles

Selon une étude menée en Ontario, le recul constant de la drogue observé chez les élèves au cours de la dernière décennie a peut-être cessé.[45] Les chercheurs signalent que l'enquête de 1993 sur l'usage de la drogue dans le milieu scolaire ontarien (Ontario Student Drug Use Survey), axée sur l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les élèves des 7e, 9e, 11e et 13e années, est la première depuis 1979 à indiquer que le nombre de drogues ayant accusé une recrudescence excède celui dont l'usage a diminué. D'autre part, l'enquête révèle un important changement d'attitude chez les élèves plus jeunes : entre 1991 et 1993, par exemple, le nombre des élèves de la 7e année qui «désapprouvaient fortement» le fait de tenter l'expérience de la cocaïne et du cannabis à une ou deux reprises est tombé de 60% à 48% et de 58% à 49% respectivement.

Les chercheurs estiment qu'il est trop tôt pour savoir si ces résultats annoncent le début d'une nouvelle recrudescence de la drogue. Entre 1991 et 1993 cependant, il y a eu augmentation de l'usage des solvants (de 1,6% à 2,3%) et de l'ecstasy (MDMA) (de 0,3% à 1,6%), de l'usage médical des stimulants (de 2,6% à 4%), et de l'usage non médical des barbituriques (de 2,2% à 3,0%). Le pourcentage des élèves s'étant injecté des drogues est tombé à 5,4% contre 7,1% en 1990.

C'est surtout chez les plus jeunes élèves (7e année) et les garçons que l'usage a progressé. Ainsi, chez les premiers, l'usage du tabac est passé de 6,1% à 9,4%, celui de la colle à renifler de 1,1% à 3,2%, et celui du cannabis de 0,7% à 1,7%. Chez les garçons, l'usage du LSD est passé de 5,9% à 8,1%.

Malgré toutefois une recrudescence de plusieurs drogues, les dix-sept substances étudiées ont accusé un recul significatif en 1993 par rapport à la fin des années 70 et au début des années 80. L'usage des trois drogues les plus populaires, l'alcool, le tabac et le cannabis, a aussi considérablement diminué entre 1977, début des enquêtes biennales, et 1993. Celui de l'alcool est tombé de 76,9% à 56,5%, celui du tabac de 34,7% à 23,8%, et du cannabis, de 31,7% à 12,7%. Par rapport à l'échantillon global, le pourcentage des élèves utilisant ces drogues n'indique aucun changement notable entre 1991 et 1993. Le taux des élèves s'abstenant de toute drogue (alcool et tabac compris) est demeuré stable, à 36,4% depuis 1991, contre 17,4% en 1979.

L'alcool au volant

Quelque 34% des Ontariens se sont déjà retrouvés dans un véhicule dont le conducteur avait bu, et 5,7% dans un accident causé par une personne qui avait bu.[46]

suggèrent que l'incidence du syndrome d'alcoolisme foetal pourrait varier de 35 à plusieurs centaines de cas par an. Une étude menée en 1990 a établi l'incidence minimale dans un hôpital universitaire de Winnipeg à 5 cas sur 1 000 naissances viables.[44]

LES CINQ RAISONS DE DIRE NON A L'ALCOOL

Les femmes de l'Ontario cessent de consommer surtout lorsqu'elles sont enceintes, en formation, ou au régime (52,2%),47 les raisons de santé venant après (26,5%), et 20,4% parce qu'elles consomment trop. Les hommes cessent surtout pour des raisons de santé (33,2%), parce qu'ils consomment trop (29,8%), et qu'ils sont en formation ou au régime (23,7%)

ONTARIO

Nouveau revirement de l'usage des drogues et de l'attitude face à cet usage dans les écoles

Selon une étude menée en Ontario, le recul constant de la drogue observé chez les élèves au cours de la dernière décennie a peut-être cessé.[45] Les chercheurs signalent que l'enquête de 1993 sur l'usage de la drogue dans le milieu scolaire ontarien (Ontario Student Drug Use Survey), axée sur l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les élèves des 7e, 9e, 11e et 13e années, est la première depuis 1979 à indiquer que le nombre de drogues ayant accusé une recrudescence excède celui dont l'usage a diminué. D'autre part, l'enquête révèle un important changement d'attitude chez les élèves plus jeunes : entre 1991 et 1993, par exemple, le nombre des élèves de la 7e année qui «désapprouvaient fortement» le fait de tenter l'expérience de la cocaïne et du cannabis à une ou deux reprises est tombé de 60% à 48% et de 58% à 49% respectivement.

Les chercheurs estiment qu'il est trop tôt pour savoir si ces résultats annoncent le début d'une nouvelle recrudescence de la drogue. Entre 1991 et 1993 cependant, il y a eu augmentation de l'usage des solvants (de 1,6% à 2,3%) et del'ecstasy (MDMA) (de 0,3% à 1,6%), de l'usage médical des stimulants (de 2,6% à 4%), et de l'usage non médical des barbituriques (de 2,2% à 3,0%). Le pourcentage des élèves s'étant injecté des drogues est tombé à 5,4% contre 7,1% en 1990.

C'est surtout chez les plus jeunes élèves (7e année) et les garçons que l'usage a progressé. Ainsi, chez les premiers, l'usage du tabac est passé de 6,1% à 9,4%, celui de la colle à renifler de 1,1% à 3,2%, et celui du cannabis de 0,7% à 1,7%. Chez les garçons, l'usage du LSD est passé de 5,9% à 8,1%.

Malgré toutefois une recrudescence de plusieurs drogues, les dix-sept substances étudiées ont accusé un recul significatif en 1993 par rapport à la fin des années 70 et au début des années 80. L'usage des trois drogues les plus populaires, l'alcool, le tabac et le cannabis, a aussi considérablement diminué entre 1977, début des enquêtes biennales, et 1993. Celui de l'alcool est tombé de 76,9% à 56,5%, celui du tabac de 34,7% à 23,8%, et du cannabis, de 31,7% à 12,7%. Par rapport à l'échantillon global, le pourcentage des élèves utilisant ces drogues n'indique aucun changement notable entre 1991 et 1993. Le taux des élèves s'abstenant de toute drogue (alcool et tabac compris) est demeuré stable, à 36,4% depuis 1991, contre 17,4% en 1979.

L'alcool au volant

Quelque 34% des Ontariens se sont déjà retrouvés dans un véhicule dont le conducteur avait bu, et 5,7% dans un accident causé par une personne qui avait bu.[46]

La situation socioéconomique et l'usage du tabac

L'usage de l'alcool et des autres drogues, y compris le tabac, ne connaît aucune frontière sociale ni économique. Néanmoins, la tranche de revenu, le secteur d'emploi, et la situation professionnelle influent dans une certaine mesure sur les profils de consommation, comme le suggère la recherche menée en Ontario.[48]

On retrouve un plus grand nombre de fumeurs de cigarettes et de gros fumeurs dans les ménages disposant d'un revenu annuel inférieur à 40 000 dollars. On compte en revanche un plus grand nombre d'abstinents et d'ex-fumeurs dans les ménages gagnant plus de 60 000 dollars par année. Le groupe au revenu plus élevé compte aussi le plus faible pourcentage à la fois des sujets considérés assez gros fumeurs (11 à 25 cigarettes par jour) et des véritables gros fumeurs (plus d'un gros paquet par jour). On observe une corrélation similaire entre le niveau d'instruction et l'habitude de fumer. Les ex-fumeurs ont en moyenne un niveau d'instruction supérieur à celui des fumeurs.

Quant à la situation professionnelle, ce sont les étudiants qui ont le plus de chance de n'avoir jamais fumé (74,2%) et, parmi tous les groupes, de faire partie de celui où l'on fume au plus 10 cigarettes par jour. La majorité des personnes n'ayant jamais fumé sont à la retraite (ou sont inscrits dans des situations professionnelles «autres», non classifiées). Sur les 19,7% qui fument de 11 à 25 cigarettes par jour, plus du quart sont à la recherche d'un emploi.

Fait à noter, parmi les sujets fumant 11 cigarettes ou plus par jour, près du tiers (32,1%) sont des personnes qui restent au foyer. Ils sont suivis par les cols bleus (31,3%), les gestionnaires et les professionnels (27,1%), et les étudiants (5,6%).

Les Alcooliques anonymes, favoris de la population

En Ontario, les Alcooliques anonymes (AA) représentent de loin le groupe de soutien le plus recherché par ceux qui désirent obtenir de l'aide pour des problèmes reliés à l'alcool; 70,4% des participants à l'enquête avaient recommandé les AA ou des groupes d'entraide similaires à quelqu'un.[49] Viennent en deuxième choix les médecins ou les infirmières, recommandés par 18,1% des participants. Après les groupes d'entraide et les professionnels de la santé, les participants avaient recommandé un membre de la famille ou un ami (12,3%), un psychologue ou un psychiatre (10,5%), un organisme s'occupant de toxicomanie (8,3%), un pasteur, un prêtre ou un rabbin (6,8%). Moins de 5% avaient recommandé un hôpital ou un service d'urgence, un centre de désintoxication ou une maison de transition, ou encore un hôpital psychiatrique.

Quant aux soins en toxicomanie, les participants n'étaient pas trop certains vers qui se tourner; leur premier choix fut les médecins ou les infirmières (28%), puis les groupes de soutien (23,9%). Près de 23% avaient recommandé un centre de traitement en toxicomanie à quelqu'un souffrant d'un problème de drogue, mais seulement 8,3% avaient recommandé un tel centre à quelqu'un touché par un problème d'alcool.

En fait, 2,2% des participants ont répondu avoir eu recours aux AA ou à des groupes similaires lors de problèmes d'alcool ou d'autres drogues.

QUÉBEC

Les drogues dans les centres de détention

Selon les chercheurs du Québec, les détenus des centres de détention provinciaux pourraient présenter un taux de dépendance à la drogue nettement supérieur à celui que l'on croit exister dans les prisons fédérales. Au Québec, comme en Ontario et en Colombie-Britannique, près de la moitié des détenus fédéraux sont considérés ne présenter aucune dépendance à la drogue.[50] On estime que quelque 35% souffrent d'une dépendance limitée ou modérée, 12% environ d'une «forte» dépendance, et de 2% à 6%, selon la province, d'une grave dépendance à au moins une drogue.

Or au Québec, la recherche indique que le pourcentage des détenus provinciaux exempts de dépendance à la drogue est nettement inférieurs Parmi les 94 femmes échantillonnées, 45% présentent un risque élevé ou grave de dépendance à au moins une drogue et 29%, un risque limité ou modéré. Sur les 130 détenus hommes, un tiers présenteraient un risque élevé ou grave de dépendance et 45%, un risque limité ou modéré. Ainsi, quelque 26% et 18% respectivement des femmes et des hommes détenus dans les centres du Québec peuvent être considérés exempts de toute dépendance à la drogue.

Les inhalants : drogues d'initiation

Les inhalants représentent les toutes premières drogues utilisées (à l'exception de l'alcool et du tabac) par les détenus des centres de détention provinciaux, et ce pour les deux sexes.[52] La seule différence entre les deux groupes vient du fait que les hommes ont commencé à en faire usage entre 13 et 14 ans, et les femmes, entre 15 et 16 ans. Les deux groupes sont ensuite généralement passés au cannabis, entre 15 et 16 ans, pour enfin adopter les hallucinogènes vers 17 ans. Les détenus ont en moyenne essayé la cocaïne et l'héroïne pour la première fois autour de 21 ans.

Un fait surprend chez les femmes détenues, à savoir qu'elles font un plus grand usage de la cocaïne que des dérivés du cannabis. Même si autant de femmes avaient utilisé les deux drogues, elles étaient plus nombreuses à avoir consommé de la cocaïne durant l'année et le mois précédant leur incarcération. En fait, plus de 50% de ces femmes étaient des consommatrices de cocaïne (le mois avant leur incarcération). Plus de 50% avaient aussi utilisé des hallucinogènes au moins une fois, et 25% en avaient utilisé durant l'année précédant leur incarcération.

Contrairement aux jeunes dans les centres de détention, les femmes adultes détenues ne manifestent aucun intérêt particulier pour les solvants, mais 15% avaient consommé de l'héroïne le mois précédant leur incarcération.

Voici d'autres faits observés relativement aux centres de détention :

- L'incidence des crimes violents était presque trois fois plus élevée chez les femmes qui avaient consommé une ou plusieurs drogues le jour du crime pour lequel elles étaient incarcérées (41%) que chez les autres (15%).
- Même si la majorité des femmes détenues ne commettent pas de crimes pour obtenir leurs drogues, quelque 35% le font. (Chez les hommes, pour qui on a davantage de données spécifiques, 40% ont volé pour se procurer des drogues, 30% ont vendu des drogues, et 25% ont commis des fraudes ou pratiqué le recel.)

Les jeunes en détention

Environ 75% des jeunes dans les centres de détention provinciaux ont essayé le cannabis, la cocaïne ou des hallucinogènes; un tiers, des solvants; quelque 25%, des amphétamines; et 13%, de l'héroïne.[53] A l'exception du cannabis, un peu plus de filles que de garçons ont utilisé ces produits au moins une fois.

Durant l'année précédant l'enquête, un peu plus de 60% de ces jeunes détenus avaient utilisé du cannabis; près de 40%, de la cocaïne ou des hallucinogènes; et entre 10% et 20%, des solvants, des amphétamines ou de l'héroïne. Durant le mois avant l'enquête de 1989, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur d'un centre de détention, un peu moins de 30% avaient utilisé du cannabis; 11%, des amphétamines; 8%, de la cocaïne; 6%, des solvants; et 4%, de l'héroïne.

Les drogues illicites chez les Cris

Les Cris du nord du Québec consomment sensiblement plus de drogues illicites que les Québécois du sud, selon une étude provinciale effectuée dans la région de la Baie de James.[54] En règle générale, et comme ailleurs, les hommes et les femmes y sont plus nombreux (45,3% et 31,3% respectivement) que dans le sud du Québec (21%) à avoir essayé la marijuana et le haschich au moins une fois.[55] C'est aussi le cas pour la cocaïne ou le crack; 8% des Cris ont déclaré en utiliser, soit deux fois plus que dans le reste du Québec. (Statistique Canada invite à interpréter les chiffres concernant la cocaïne et le crack avec réserve, en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.)

Comme ailleurs, ce sont surtout les jeunes Cris qui avaient utilisé des drogues illicites l'année

Un fait surprend chez les femmes détenues à savoir qu'elles font un plus grand usage de la cocaïne que des dérivés du cannabis.

avant l'enquête; très peu de gens touchent à ces drogues après 45 ans. Les plus importants groupes d'usagers étaient les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans, les solvants étant plus populaires dans le premier groupe, et la cocaïne et le crack, dans le second. Tous âges confondus cependant, on préfère normalement la marijuana et le haschich à toute autre drogue illicite.

Les chercheurs soulignent qu'au moment de l'enquête, la région de la Baie de James comptait 9 300 Cris répartis dans neuf collectivités, soit cinq sur les rives de la Baie de James et de la Baie d'Hudson et quatre à l'intérieur des terres. Quelque 60% des Cris ont moins de 25 ans; l'âge médian de cette population s'établit à 21 ans, comparativement à 34 chez les Québécois du sud.

L'alcool au volant

Au Québec, les buveurs semblent moins inquiets qu'ailleurs au Canada du danger que pose le fait de conduire avec les facultés affaiblies. Bien qu'aucun écart important n'existe dans les habitudes de consommation ni dans les volumes d'alcool consommé, 40,5% des habitants du Québec seulement, comparativement, par exemple, à 55,9% en Colombie-Britannique, estiment que le fait de conduire après avoir bu présente un danger.[56] Quant à ceux qui boivent, ils sont bien sûr moins nombreux que les autres à y voir un danger et conduisent effectivement après avoir consommé de l'alcool (ce qui ne signifie pas nécessairement conduire en état d'ivresse). Quelque 22% des buveurs de 15 ans ou plus admettent conduire moins d'une heure après avoir pris deux consommations, comparativement à 16% et à 17% en Ontario et en Colombie-Britannique respectivement. D'après l'Enquête Promotion de la santé de 1990, 20% de tous les Québécois (28% de buveurs) ont déclaré avoir conduit moins de deux heures après avoir pris de l'alcool, indépendamment du nombre de consommations, au cours des trente jours ayant précédé l'enquête.

Néanmoins, au Québec, seulement 4,1% des buveurs ont fait l'objet d'une intervention policière reliée à la consommation d'alcool durant l'année ayant précédé l'enquête de 19 89, comparativement à 6,4% en Ontario, à 9,8% en Colombie-Britannique, et à 6,9% dans l'ensemble du Canada.[57] Il est difficile, selon les chercheurs, de déterminer si ces différences sont dues aux différences dans le niveau des activités policières ou aux écarts de comportement des buveurs.

NOUVEAU-BRUNSWICK

L'alcool chez les aînés

Selon un sondage téléphonique effectué auprès des aînés, 3% des 60 ans et plus dans cette province consomment quotidiennement de l'alcool.[58] Une enquête réalisée en 1988 auprès de 652 sujets de 60 ans et plus a aussi permis de constater que 9% d'entre eux consommaient de l'alcool une fois par semaine, 6%, deux ou trois fois par semaine et 2%, quatre à six fois par semaine. Des 68% qui avaient consommé de l'alcool à un moment de leur vie, 46% ont déclaré l'avoir fait durant l'année avant l'enquête. Environ 14% des participants ont déclaré en consommer moins d'une fois par mois et 12%, une fois ou deux par mois.

L'alcool au volant au secondaire

Près du quart (24%) des élèves du secondaire qui conduisent ont déclaré avoir pris le volant moins d'une heure après avoir pris au moins deux consommations, selon une étude réalisée dans la province en 1989.[59] Celle-ci a permis de relever divers comportements associés à la problématique de l'alcool. Des élèves échantillonnés, 30% ont déclaré avoir fait l'expérience d'une beuverie de week-end au moins une fois, et 14% avoir pris une consommation avant le petit déjeuner. Des élèves qui conduisent, 5% avaient été impliqués dans un accident après avoir bu, et 3% avaient été condamnés pour conduite avec facultés affaiblies.

Environ un sixième (16%) de tous les participants qui ont déclaré boire de l'alcool ont aussi affirmé s'être déjà comportés de façon agressive lorsqu'ils buvaient; 11% avoir déjà reçu un avertissement de la police; 6% inquiéter leurs parents; et 3% avoir déjà consulté un médecin pour un problème relié à l'alcool.

Les participants ont le plus souvent déclaré avoir tenté l'expérience de l'alcool pour «voir comment c'était», soit 41% d'entre eux. Un autre 15% consomment pour faire comme les amis et 12%, pour le plaisir, tandis que 4% le font pour oublier leurs soucis, 3% parce qu'ils n'ont rien d'autre à faire, et 1% pour se sentir bien.

Multiplication des points de vente

Au cours des trois prochaines années, le Nouveau-Brunswick transférera de plus en plus de ventes d'alcool du secteur public au secteur privé. Le ministre des finances de la province a annoncé qu'il comptait réduire les soixante-dix- sept

magasins provinciaux des alcools à quarante-cinq ou cinquante-cinq et d'élargir en même temps le réseau des points de vente privés de trente-et-un à environ soixante-dix. Le gouvernement estime, selon les analyses, que le plan quinquennal permettra d'économiser 10 millions de dollars ainsi que d'offrir un meilleur service et de réaliser des économies d'impôt pour le public. Il s'est engagé à garder ouvert tout magasin provincial qui sera le seul dans une région donnée tant et aussi longtemps qu'un autre point de vente privé ne viendra le remplacer.[60]

NOUVELLE-ECOSSE

Le jeu chez les jeunes

D'après une étude réalisée en 1993 à la demande de la division des services en toxicomanie du ministère provincial de la santé 61, près de 12% des jeunes de 13 à 17 ans de la Nouvelle-Ecosse montrent des signes d'un éventuel problème de jeu ou du «joueur pathologiques». La menace d'un problème de jeu est sensiblement plus importante chez les jeunes que chez les adultes (8,7% contre 3,1%) et celle du joueur pathologique légèrement plus grande, quoique l'écart soit négligeable sur le plan statistique.

Le rapport met en garde contre le danger d'ignorer les coûts sociaux associés aux problèmes de jeu qui, si ignorés, pourraient être considérables, et insiste sur la nécessité de pousser la recherche auprès d'un plus large échantillon de jeunes et d'approfondir les motifs qui incitent les jeunes et les adultes à jouer.

Le sondage téléphonique provincial mené auprès de 300 adolescents choisis au hasard s'inscrivait dans un examen plus vaste de la fréquence du jeu en Nouvelle-Ecosse. Les résultats visant les adultes se rapprochaient sensiblement de ceux obtenus lors d'une étude qui leur fut consacrée au Nouveau-Brunswick, à la demande du ministère des Finances de la province. L'intérêt que l'on porte aux implications du jeu, alors que le gouvernement étend, ou s'apprête à étendre, ce genre d'activités, découle en partie de la publication de certaines études américaines, selon lesquelles il existerait une étroite corrélation entre les problèmes de jeu et l'abus de l'alcool et des autres drogues.

D'après l'enquête menée en Nouvelle-Ecosse, les joueurs qui présentent les signes d'un éventuel problème ou les symptômes du joueur pathologique préfèrent de loin les jeux vidéo des galeries à toute autre activité. De 30% à 33% des sujets avaient joué deux fois ou plus par semaine durant l'année précédant l'enquête. Une analyse fondée sur la régression multiple et portant sur tous les jeux d'argent et les jeux vidéo a permis de conclure que c'était par les jeux vidéo des galeries que l'on pouvait le mieux déceler un éventuel problème chez les joueurs adolescents; les autres jeux vidéo et les jeux d'argent tels les cartes, le billard et d'autres jeu étaient tous faiblement reliés aux problèmes de jeu.

Les adolescents étudiés avaient commencé à jouer à 13 ans, puis montré des signes d'éventuels problèmes à 14 ans, et des symptômes de joueurs pathologiques à 15 ans. Les garçons furent beaucoup plus nombreux que les filles à développer des problèmes de jeu, mais seulement un peu plus nombreux à devenir des joueurs pathologiques. Contrairement aux joueurs adultes, les adolescents à risque ignorent les mythes du jeu; ils sont plus aptes à penser pouvoir «empêcher la chance de tourner» et à croire que la pratique compulsive du jeu est simplement «une mauvaise habitude que tout le monde peut contrôlera».

La popularité des drogues multiples chez les adolescents

L'usage simultanée d'alcool, de tabac et de cannabis par les adolescents est frappant. Les programmes de prévention devraient traiter ces trois drogues

Environ 9% des élèves de la Nouvelle-Ecosse utilisent des solvants et 4%, de la colle, soit quatre fois plus que chez les élèves de l'Ontario.

comme un ensemble plutôt que séparément. En fait, la majorité des jeunes qui fument le tabac et tous ceux qui utilisent le cannabis consomment aussi de l'alcool.

Cette constatation, et sa signification en matière de politique et de prévention, découle d'une étude sur l'usage des drogues chez les jeunes de la Nouvelle-Ecosse.[62] Celle-ci a porté sur les 12 à 18 ans des classes de 7e, 9e, 10e et 12e années et fournit des indications en vue de prévenir l'usage des inhalants et des drogues d'ordonnance chez les élèves.

Quelque 9% des élèves de la Nouvelle-Ecosse utilisent des solvants et 4%, de la colle, soit quatre fois plus que chez les élèves de l'Ontario en 1991. Le fait que moins de 1% en utilisent sur une base mensuelle laisse croire que bon nombre le font à titre d'expérience. Vu toutefois la haute toxicité des inhalants, leur utilisation pose un problème potentiel, et il conviendrait de prévoir des stratégies de prévention à l'intention des élèves à haut risque. On considère comme principaux facteurs de risque le fait d'être jeune et d'avoir moins de 60% comme moyenne scolaire.

Quant aux drogues d'ordonnance, 6% des élèves environ utilisent des tranquillisants prescrits par leurs médecins, soit deux fois plus qu'en Ontario, les filles affichant un taux une fois et demie supérieur à celui des garçons. Comme autres facteurs de risque particuliers, notons l'usage de stimulants ou de barbituriques sur ordonnance. Les stratégies de prévention devraient porter non seulement sur le comportement des adolescents mais aussi sur les habitudes de prescription des médecins traitant.

Même si 39% de tous les élèves ne consomment aucune drogue, et 44% ni alcool, tabac ou cannabis, environ 7% éprouvent au moins trois problèmes reliés à l'alcool et pourraient être considérés comme ayant besoin de traitement ou de soins de réhabilitation. Le cannabis et le tabac constituent pour leur part des facteurs de risque pouvant engendrer des problèmes d'alcool.

Les drogues illicites dans les Maritimes

En 1990, 68% de tout le cannabis saisi au Canada par les autorités policières canadiennes provenaient de deux saisies majeures de haschich effectuées en Nouvelle-Ecosse,[63] soit une première cargaison de 31 813 kilogrammes, puis une seconde de 25 214 kilogrammes. La même année, 1 694 unités de «orange microdot» et de LSD buvard dit «grateful dead» furent interceptés à Charlottetown (I.-P.-E.), ainsi que 1 000 unités de LSD «orange microdot», à Saint-Jean (N.-B.).

ILE-DU-PRINCE-EDOUARD

Mobilisation contre l'alcool au volant

Les personnes condamnées à trois reprises ou plus pour conduite avec facultés affaiblies dans cette province sont renvoyées par la division provinciale de la sécurité routière à l'institut chargé des problèmes d'alcool et d'autres drogues. Selon une étude menée par celui-ci sur les cas admis entre janvier 1985 et août 1988, les 74 participants sauf un ont «admis l'importance de ne pas conduire après avoir bu».[64] Néanmoins, treize (18%) d'entre eux ont récidivé après avoir suivi le programme, et six ont été condamnés pour conduite avec facultés affaiblies.

La majorité des habitants souhaitent davantage de programmes communautaires axés sur l'alcool au volant. Ainsi, 97% estiment que la formation des conducteurs devrait traiter de l'alcool au volant, 94% croient qu'il est urgent d'instaurer des programmes de sensibilisation au danger de conduire après avoir bu, et 90% considèrent que les bars et les tavernes devraient être plus nombreux à adopter des programmes de désignation des conducteurs. Près de 90% souhaitent la multiplication des barrages routiers et des contrôles intermittents, 86% appuient une mise en application plus rigoureuse des lois en vigueur, et 86% réclament plus de publicité contre l'alcool au volant.

Les buveurs légers

Les habitants de l'Ile-du-Prince-Edouard demeurent parmi les buveurs les plus conservateurs au Canada. La modération qui caractérise l'ensemble de ces 130 000 insulaires se reflète dans deux mesures importantes adoptées au cours des deux ou trois dernières années. L'une a trait au moment où les gens peuvent consommer et l'autre, à l'endroit. En 1993, le gouvernement de l'Ile a rejeté une proposition visant à autoriser l'ouverture des bars en après-midi et en soirée le dimanche durant la saison touristiques.[65] Il a aussi maintenu une interdiction frappant la publicité sur les alcools, même si une telle publicité continue de pénétrer par la voie de la télévision, de la radio, des journaux et périodiques de l'extérieur de la province.

En 1991, le gouvernement s'est aussi penché sur la question de servir des boissons alcoolisées dans les immeubles lui appartenant ou loués par lui, principalement en raison de la responsabilité civile des fournisseurs d'alcool.[66] Il a ainsi décidé d'interdire le service ou la consommation des boissons alcoolisées sur les terrains ou dans les immeubles qu'il possède ou qu'il occupe, prévoyant toutefois comme exceptions les locaux loués pour des fonctions spécifiques et certaines réceptions tenues par le premier ministre ou les ministres.

Vente de boissons alcoolisées par le secteur privé

En vertu d'une modification de la loi provinciale sur les alcools, certains commerces de l'Ile seront dorénavant autorisés à vendre de l'alcool. Le procureur général de la province a fait valoir que le gouvernement souhaitait ainsi mieux desservir les collectivités éloignées des magasins provinciaux existants sans devoir ouvrir de nouveaux points de vente. Le président de la Régie des alcools a annoncé, au moment de communiquer le projet, que l'on prévoyait de trois à huit nouveaux points de vente.

Les pressions familiales chez les jeunes

Lors d'échanges tenus en 1992 avec des jeunes filles du secondaire à Charlottetown, les chercheurs ont retenu, parmi les motifs évoqués par ces dernières comme incitation à consommer de l'alcool, la pression du groupe et le désir d'être acceptées.[68] Elles subissent également «d'énormes pressions à la maison et ne savent pas comment y faire face».

Une étude réalisée en 1989 révèle que 69% des jeunes filles de 13 à 18 ans de Charlottetown considèrent l'abus d'alcool et des autres drogues comme étant «plus ou moins un problème», et 32% un «gros problème», contre 57% et 23% respectivement chez les garçons du même groupe d'âge.[69]

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

L'alcool au volant

Depuis 1983, partout au Canada, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest, l'alcool au volant a constamment régressé. A Terre-Neuve et au Labrador, les infractions pour alcool au volant ont chuté d'environ 25%, passant de 3 584 en 1983 à 2 873 en 1990. Au Canada, leur nombre est tombé d'environ 16% pour la même période, passant de 166 438 à 139 871 pour la même période.70 En comparant les taux des infractions à Terre-Neuve à ceux des autres régions, par tranche de 100 000 habitants en 1990, on constate que les Terre-neuviens sont dans l'ensemble moins nombreux à conduire après avoir bu qu'ailleurs au pays (501,4 contre 526,1). Seuls le Québec (355,1) et l'Ontario (377,9) ont enregistré des taux inférieurs pour la même période.

Les chercheurs signalent que ce recul est peut-être le fait d'une évolution des comportements, mais qu'il peut aussi refléter une évolution dans l'application de la loi; les écarts régionaux pourraient s'expliquer par les diverses priorités et possibilités d'application de la loi ou de son efficacité.

Les femmes et les jeunes

Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes (59,7% contre 35,5%) à boire pour se détendre, et plus nombreux également à boire pour se sentir bien (44,7% contre 23,9%). Les femmes sont en revanche beaucoup plus susceptibles que les hommes de boire pour être sociables (87,3% contre 75,6%).[71] Les jeunes qui se considèrent buveurs consomment le plus souvent pour être sociables (81,3%). Quelque 48% consomment pour se détendre, 34,6% pour se sentir bien, 23,6% pour oublier leurs tracas, 20,1% pour surmonter leur gêne, et 12,1% pour agrémenter leurs repas.

A Terre-Neuve et au Labrador, les infractions pour alcool au volant

ont chuté d'environ 25%, passant de 3 584 en 1983 à 2 873 en 1990.

Au Canada, leur nombre est tombé d'environ 16%.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Le matériel cité ci-après constitue une compilation des rapports de recherche provinciaux et territoriaux commandés par Santé Canada aux fins de la présente publication et que l'on peut maintenant se procurer auprès des organismes compétents des provinces et des territoires ou de Santé Canada. Dans certains cas, les provinces ou les territoires ont soumis des rapports distincts sur l'alcool, les drogues licites, et sur les drogues illicites, de même qu'un rapport sommaire. Seuls les rapports ayant servi de sources au matériel ici présenté sont cités.

Guide de consultation

() indique, dans la mesure du possible, la section précise du rapport dont la synthèse est tirée.
[] indique les sources citées dans le rapport provincial ou territorial.
[[]] indique les sources résumées dans les rapports et ayant fait l'objet d'une synthèse aux fins du présent rapport.

Territoire du Yukon

1. *Alcohol and Other Substances in the Yukon Territory*, septembre 1993.
2. Op. cit. (Introduction).
3. Op. cit. (Yukon First Nations) [*1990 Yukon Alcohol and Drug Survey*].
4. Op. cit. (Patterns of Alcohol Use) [1993 *Yukon Health Promotion Survey*].
5. Op. cit. (Yukon Women, Maternal Use and Pregnancy Outcome) [1991 Yukon Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Effects Action Plan, Yukon Government].
6. Op. cit. (Alcohol Use by Yukoners, Sexual Activity).
7. Op. cit. (Factors Contributing to Alcohol Use) [*1990 Yukon Alcohol and Drug Survey*]

Territoires du Nord-Ouest

8. *Canada Drug Strategy Baseline Information for the Northwest Territories, Canada on Alcohol, Licit, and Illicit Drugs in the NWT*, avec bibliographie annotée, août 1993. (Alcohol Sales in the NWT).
9. Op. cit. (Comparaisons des ventes provinciales) [Statistique Canada, Cat. n° 63-202].
10. Op. cit. [[J.C. Godell, H.F. Pabst, P.E. Rogers, K.E. Johnson, G.J. Froese, et M.R. Joffres, Smoking and Caffeine and Alcohol Intake during Pregnancy in a Northern Population: Effect on, Fetal Growth, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 147 (2): 181-88, 15 juillet 1992]].
11. Op. cit. [[Resource Management Consultants (NWT), Alcohol Treatment Programming in the NWT: A Needs Assessment, préparé pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère des Services sociaux, mars 1985]].
12. Op. cit. [[R. Choiniere, Mortality Among the Baffin Inuit in the Mid-80s, *Arctic Medical Research*, 51, suppl. 2: 87-93, 1992]].
13. Op. cit. [[Wayne J. Millar, Smoking Prevalence in the Canadian Arctic, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 23-28, 1990]].
14. Op. cit. [[Wayne J. Millar, Smokeless Tobacco Use by Youth in the Canadian Arctic, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 39-47,1990]].
15. Op. cit. [[James S. Peterson, Luis A.V. Barreto, et Klaus D. Brunnemann, Smokeless Tobacco: A Product for the New Generation of Tobacco Users: Dipping and Chewing in the Northwest Territories, Canada, and Its Global Relevance, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 32-38, 1990]].

Colombie-Britannique

16. *Alcohol in British Columbia, avec bibliographie sélective* (Alcohol Use by BC Natives).
17. *Illicit Drug Use in British Columbia*, avec bibliographie sélective (Illicit Drug Use by Natives).
18. *Alcohol in British Columbia* (Voir Opinions Regarding Alcohol Policy).
19. Op. cit. (Consequences of Alcohol Use) [[K.O. Asante et M.A. Nelms-Matzke, Report on the Survey of Children with Chronic Handicaps and Fetal Alcohol Syndrome in the Yukon and Northwest British Columbia, Mills Memorial Hospital, Terrace, Colombie-Britannique, août 1985]].
20. Op. cit. (Alcohol Use by BC Elderly) [[Kimberley McEwan, PhD, Milstein & Associates, Victoria Innovative Seniors Treatment Agency Evaluation Study, 1991]].
21. *Licit Drug Use in British Columbia*, avec bibliographie sélective (Age-Related Changes in Health and Inter-Personal Relationships)

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Le matériel cité ci-après constitue une compilation des rapports de recherche provinciaux et territoriaux commandés par Santé Canada aux fins de la présente publication et que l'on peut maintenant se procurer auprès des organismes compétents des provinces et des territoires ou de Santé Canada. Dans certains cas, les provinces ou les territoires ont soumis des rapports distincts sur l'alcool, les drogues licites, et sur les drogues illicites, de même qu'un rapport sommaire. Seuls les rapports ayant servi de sources au matériel ici présenté sont cités.

Guide de consultation

() indique, dans la mesure du possible, la section précise du rapport dont la synthèse est tirée.
[] indique les sources citées dans le rapport provincial ou territorial.
[[]] indique les sources résumées dans les rapports et ayant fait l'objet d'une synthèse aux fins du présent rapport.

Territoire du Yukon

1. *Alcohol and Other Substances in the Yukon Territory*, septembre 1993.
2. Op. cit. (Introduction).
3. Op. cit. (Yukon First Nations) [*1990 Yukon Alcohol and Drug Survey*].
4. Op. cit. (Patterns of Alcohol Use) [1993 *Yukon Health Promotion Survey*].
5. Op. cit. (Yukon Women, Maternal Use and Pregnancy Outcome) [1991 Yukon Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Effects Action Plan, Yukon Government].
6. Op. cit. (Alcohol Use by Yukoners, Sexual Activity).
7. Op. cit. (Factors Contributing to Alcohol Use) [*1990 Yukon Alcohol and Drug Survey*]

Territoires du Nord-Ouest

8. *Canada Drug Strategy Baseline Information for the Northwest Territories, Canada on Alcobol, Licit, and Illicit Drugs in the NWT*, avec bibliographie annotée, août 1993. (Alcohol Sales in the NWT).
9. Op. cit. (Comparaisons des ventes provinciales) [Statistique Canada, Cat. n° 63-202].
10. Op. cit. [[J.C. Godell, H.F. Pabst, P.E. Rogers, K.E. Johnson, G.J. Froese, et M.R. Joffres, Smoking and Caffeine and Alcohol Intake during Pregnancy in a Northern Population: Effect on, Fetal Growth, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 147 (2): 181-88, 15 juillet 1992]].
11. Op. cit. [[Resource Management Consultants (NWT), Alcohol Treatment Programming in the NWT: A Needs Assessment, préparé pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère des Services sociaux, mars 1985]].
12. Op. cit. [[R. Choiniere, Mortality Among the Baffin Inuit in the Mid-80s, *Arctic Medical Research*, 51, suppl. 2: 87-93, 1992]].
13. Op. cit. [[Wayne J. Millar, Smoking Prevalence in the Canadian Arctic, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 23-28, 1990]].
14. Op. cit. [[Wayne J. Millar, Smokeless Tobacco Use by Youth in the Canadian Arctic, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 39-47,1990]].
15. Op. cit. [[James S. Peterson, Luis A.V. Barreto, et Klaus D. Brunnemann, Smokeless Tobacco: A Product for the New Generation of Tobacco Users; Dipping and Chewing in the Northwest Territories, Canada, and Its Global Relevance, *Arctic Medical Research*, 49, suppl. 2: 32-38, 1990]].

Colombie-Britannique

16. *Alcohol in British Columbia, avec bibliographie sélective* (Alcohol Use by BC Natives).
17. *Illicit Drug Use in British Columbia*, avec bibliographie sélective (Illicit Drug Use by Natives).
18. *Alcohol in British Columbia* (Voir Opinions Regarding Alcohol Policy).
19. Op. cit. (Consequences of Alcohol Use) [[K.O. Asante et M.A. Nelms-Matzke, Report on the Survey of Children with Chronic Handicaps and Fetal Alcohol Syndrome in the Yukon and Northwest British Columbia, Mills Memorial Hospital, Terrace, Colombie-Britannique, août 1985]].
20. Op. cit. (Alcohol Use by BC Elderly) [[Kimberley McEwan, PhD, Milstein & Associates, Victoria Innovative Seniors Treatment Agency Evaluation Study, 1991]].
21. *Licit Drug Use in British Columbia*, avec bibliographie sélective (Age-Related Changes in Health and Inter-Personal Relationships)

[[Medication Use and Elderly People, Proceedings of the *British Columbia Invitational Workshop*, Vancouver, février 1998]].

22. *Alcohol in British Columbia* (Discussion).
23. *Alcohol in British Columbia* (Consequences of Alcohol Use).

Alberta

24. *Alcohol in Alberta: Perspectives on Its Use and Effects*, 6e édition, 1993 (How Does Alcohol Use Arnong Alberta Natives Compare with the General Population?).
25. Op. cit. [Task Force on the Criminal Justice System and Its Impact on the Indian and Metis People of Alberta, 1991: *Justice on Trial*, Volume 1, Main Report, Edmonton].
26. Op. cit. [M.E. Arnud, *Native Deaths in Alberta and Alcohol Use - A Presentation Made to the Royal Commission on Aboriginal Peoples by the Office of the Chief Medical Examiner* (Edmonton: Alberta Attorney General, 1992)].
27. *Illicit Drugs in Alberta: Perspectives on Tbeir Use and Effects*, 6e édition, 1993 (Illicit Drug Use by Natives).
28. Op. cit. [Voir note 27.]
29. *Alcohol in Alberta: Perspectives on Its Use and Effects* (Non-Beverage Alcohol).
30. *Illicit Drugs in Alberta: Perspectives on Their Use and Effects*
31. Op. cit.

Saskatchewan

32. *Alcohol Use in Saskatchewan* [Aboriginal People and Treatment, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Focus Sheet No. 90 12 1, Regina, 1990].
33. Op. cit. [Saskatchewan Highways and Transportation, TAIS NEWS, 1992; Saskatchewan Traffic Accidents Facts, 1981-1990.] Note: Le ministère des routes et des transports de la Saskatchewan compile des statistiques mensuelles sur les accidents de la route dans la province, ventilées selon le groupe d'âge, le sexe, la cause de l'accident, etc.
34. Op. cit. [Suicide in Saskatchewan: The Alcohol and Drug Connection, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Regina, 1988].
35. Op. cit. [Women and Treatment, Fast Factsheet No 90 07 1, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Regina, 1990].

Manitoba

36. *Alcohol Use in Manitoba; Illicit Drug Use in Manitoba*. Les chercheurs font la synthèse de diverses études se rapportant aux besoins des adolescents, aux jeunes sans abri, etc.
37. *Illicit Drug Use in Manitoba* (Prevalence of Illicit Drug Use, Prostitutes) [Elizabeth Fry Society and the YWCA, Making Street Connections Project Report: Profile of Winnipeg Prostitutes (Winnipeg, 1985), et Prostitutes and Other Women for Equal Rights, 2e enquête (Winnipeg, mars 1988)].
38. *Alcohol Use in Manitoba* [B.D. Postl (président), *Report of the Subcommittee on Indian Health Care to the Health Services Review Committee*, Manitoba, 1985].
39. Op. cit. (Alcohol Use and Manitoba Natives) [Association nationale des centres d'amitié, Urban Research Projet, Phase I & II: Alcohol, Drug and Solvent Abuse (Executive Summary), 1985].
40. Op. cit. [Association nationale des centres d'amitié, voir note 39].
41. *Licit Drug Use in Manitoba* [Manitoba Multiple Prescription Program, 1990 & 1991, Annual Report (Winnipeg: College of Physicians and Surgeons of Manitoba)].
42. *Illicit Drug Use in Manitoba* [E. Chapman-Smyth, River East Community Initiative on Youth Drug and Alcohol Abuse. (Winnipeg: Knowles Centre, Inc., 1989)].
43. *Alcohol Use in Manitoba* [J.R. Wright-Innes, A Survey of Community Health Professionals: Their Knowledge and Attitudes Regarding Chemically Dependent Women (Report of a Practicum for MSW, School of Social Work, University of Manitoba, 1990)].
44. Op. cit. [Manitoba Medical Association, The Fetal Alcohol Syndrome in Manitoba; Can We Reduce the Burden? (Winnipeg, août 1990)].

Ontario

45. Communiqué de presse [Ontario Student Drug Use Survey, Trends between 1977 and 1993, Fondation de la recherche sur la toxicomanie].
46. *Questions and Answers: Alcohol and Other Drug Use in Ontario*, document fondé sur l'information de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues de 1989, Fondation de la recherche sur la toxicomanie,

1992.
47. Op. cit.
48. Op. cit.
49. Op. cit.

Québec

50. *Les drogues illicites au Québec* (Les relations drogue-criminalité) [Données obtenues du Service correctionnel du Canada, 1993].
51. Op. cit. (Les relations drogue-criminalité) [Recherche effectuée par deux étudiants en criminologie pour leurs thèses de maîtrise. Données sur 94 détenues femmes, recueillies par Lyne Desjardins (1991). Données sur 130 détenus hommes, recueillies par Charles Forget (1990)].
52. Op. cit. Voir note 51.
53. Op. cit. (Les relations drogue-criminalité) [données tirées de Brochu et Douyon, La consommation de psychotropes chez les jeunes placés en centres d'accueil, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, 1990]
54. Op. cit. (La drogue chez les Cris) [extrait de M. Clarkson, Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James: Faits saillants, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1992].
55. Op. cit. [L'usage de l'alcool et des autres drogues par les Canadiens, 1989. Santé et Bien-Etre Canada, 1992].
56. *L'alcool au Québec* [L'usage de l'alcool et des autres drogues par les Canadiens: Un rapport technique de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989). Santé et Bien-Etre Canada, 1992].
57. Op. cit. Voir note 56.

Nouveau-Brunswick

58. *L'usage de l'alcool au Nouveau-Brunswick* [P. Ouellette, J. Thibault, J. Boucher, et D. Long, Les besoins d'information des personnes âgées en matière de santé (Moncton : Université de Moncton, 1988)].
59. Op. cit. [E. Campbell, Comprehensive Report. 1989 Provincial School Drug Survey (Fredericton: Commission d'enquête sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies au Nouveau-Brunswick et le ministère de l'Education du Nouveau-Brunswick, 1989)].
60. Communiqué de presse, Communications, Gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Nouvelle-Ecosse

61. Omnifacts Research Limited, An Examination of the Prevalence of Gambling in Nova Scotia, for the Nova Scotia Department of Health Drug Dependency Services, mai 1993 (N° 93090).
62. P. MacNeil, S. Shaffelburg, C. Poulin, W. Mitic. Student Drug Use 1991: Technical Report. Nova Scotia Department of Health Drug Dependency Services, Halifax, 1991.
63. *Usage des drogues illicites dans les Maritimes* (...) [Gendarmerie royale du Canada, Rapport annuel national sur les drogues, GRC, 1991 (Ottawa, 1992)].

Ile-du-Prince-Edouard

64. *Alcohol Use on Prince Edward Island* [Alcohol and Drug Problems Institute, Impaired Driving Program Survey (Charlottetown, 1988)].
65. Coupure de presse.
66. Communication personnelle.
67. Coupure de presse.
68. *Alcohol Use on Prince Edward Island* [Smith, Green & Associates, Minutes of a discussion group involving junior high school students in Charlottetown. Données brutes non publiées, 1992].
69. Op. cit. [M. Morrison, R. Crouse, et J. Scott, Impact on Youth (Charlottetown: Charlottetown Boys and Girls Club, 1989)].

Terre-Neuve et Labrador

70. *Alcohol Use in Newfoundland*
71. Op. cit.

NOUVEAUX HORIZONS

LES DEFIS ET LA PORTEE DE LA RECHERCHE

La Stratégie canadienne antidrogue appelle à travailler ensemble une brochette fort importante et tout aussi variée de chercheurs, intervenants de première ligne et autres responsables chargés de programmes, éducateurs et décideurs, et de nombreux autres. Ces partenaires représentent non seulement un vaste éventail de disciplines et d'intérêts professionnels, mais aussi de nombreux milieux et cultures, et sont par ailleurs appelés à travailler dans plusieurs langues.

Le présent rapport reflète certains des progrès réalisés dans le développement et l'application des nouvelles connaissances. Mais faisons ici une parenthèse à l'intention du lecteur en général (et peut-être même du professionnel) afin de rappeler que le phénomène de la drogue chez les jeunes est nettement moins marqué aujourd'hui qu'il ne l'était vers la fin des années 70 et le début des années 80, et qu'en réalité, la majorité des jeunes s'abstiennent de toute drogue illicite. Des progrès ont aussi ponctué le développement et la collecte, par les provinces et les territoires, des nouvelles données sur les populations considérées à risque dans le cadre de la seconde phase de la Stratégie et qui méritent une recherche plus approfondie, soit les jeunes de la rue et les décrocheurs scolaires, les femmes, les aînés, les Métis, les Inuit et les autochtones hors réserves, et les conducteurs avec facultés affaiblies.

Mais il importe de souligner à cette étape-ci d'Horizons 1994 que les partenaires saisissent mieux aujourd'hui certains des problèmes techniques—et des défis—particuliers à l'évolution de la Stratégie canadienne antidrogue, notamment les difficultés particulières que posent la collecte des données et l'acquisition de nouveaux savoirs; la diffusion de l'information pertinente aux personnes qui en ont besoin et ce, dans la langue et selon la présentation qui leur conviennent; le rapprochement des impératifs de recherche et des besoins des décideurs, des intervenants en matière de traitement et de programmes; et la conversion des connaissances nouvelles et utiles en action communautaire.

Nous exposons dans les

paragraphes suivants quelques-uns des problèmes et défis futurs relevés par les chercheurs et les praticiens au fil des consultations tenues durant la deuxième phase de la Stratégie, ainsi que par les chercheurs de chaque province et territoire dans leurs rapports à Santé Canada, et sur lesquels s'appuie principalement le présent rapport. Nous citons en référence certains commentaires formulés par divers chercheurs qui, malgré qu'ils soient personnels, traduisent parfois les frustrations de plusieurs partenaires de la Stratégie.

Quant aux problèmes et défis propres à la recherche, ils peuvent se résumer brièvement par le termes lacunes, pertinence, communication, et collaboration. Certains points majeurs de recherche font l'unanimité. Les chercheurs de toutes les régions du pays par exemple estiment que les résultats des études fédérales, provinciales et territoriales devraient servir à enrichir les bases de données des uns et des autres. En particulier, plusieurs chercheurs croient que la taille des échantillons provinciaux et territoriaux devrait être établie de manière à éviter tout problème pouvant résulter d'une trop grande variabilité de l'échantillonnage et de la suppression de certaines données. Il y aurait aussi lieu d'accroître l'efficacité des études en utilisant des définitions communes et en incluant un nombre déterminé de questions identiques.

LES LACUNES DANS LES DONNEES

De multiples lacunes demeurent quant à l'information disponible sur l'alcool et les autres drogues. Il arrive ainsi que des données fondamentales sur l'usage de l'héroïne, de la cocaïne et des autres drogues illicites ne puissent pas être obtenues à partir des études nationales. L'information sur les drogues illicites demeurent anecdotiques, et il existe relativement peu de données en ce qui concerne les doses des drogues illicites, les courbes temporelles d'usage de l'alcool et des autres drogues, ou les caractéristiques contextuelles de consommation. Les taux établis en ce qui concerne les problèmes de santé et de société imputables à l'usage de l'alcool et des autres drogues s'appuient souvent sur des données provenant d'autres pays. Quant à l'information sur la morbidité reliée aux drogues, elle se limite aux rapports établis dans le cadre des régimes de soins de santé et n'inclut pas celle des groupes d'entraide. Enfin, il arrive encore que la stigmatisation du toxicomane puisse fausser les données, comme le suggère une étude réalisée au Manitoba. (Voir La persistance des préjugés, Section IV, p. 40.)

LES ECHANTILLONS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

La collecte des données est souvent compliquée par les questions régionales. Par exemple, étant donné que l'usage des drogues licites et illicites chez les adultes de Terre-Neuve est plutôt rare, les chercheurs de cette province incluent dans leurs rapports à Santé Canada les profils de non-utilisation des drogues, ce qui a pour effet d'annuler la valeur statistique des profils d'utilisation. Or bien que cette information soit valable en soi, elle fournit peu d'éléments nouveaux sur la population consommatrice de drogues. De plus, ces chercheurs recommandent que l'on accorde la priorité aux projets de recherche systématique axés exclusivement sur les groupes à haut risque ou sur un échantillon suffisamment important pour permettre d'étudier un pourcentage appréciable d'utilisateurs.

A l'autre bout du pays, les réalités régionales étaient telles qu'elles ont contribué, jusqu'à tout récemment, à exclure les territoires du Yukon et du Nord-Ouest des sondages nationaux. Même si les nouvelles technologies et l'expérience acquise permettent d'accéder plus facilement à l'information recueillie sur les régions du Nord, les chercheurs expliquent que non seulement la recherche, mais aussi la prestation des soins et des services, ont toujours été et continuent d'être particulièrement complexes et difficiles dans ces régions.

Ainsi, les chercheurs du Yukon rappellent que le Territoire comprend dix-sept localités seulement, lesquelles sont éparpillées sur plus d'un demi-million de kilomètres carrés. Même si les deux tiers environ de la population globale du Yukon (dont environ un quart se considèrent autochtones) vivent dans la ville principale de Whitehorse ou près de celle-ci, il reste qu'un tiers vivent dans des collectivités beaucoup plus petites, isolées les unes des autres. Et toutes présentent des compositions et des problèmes fort différents.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le recensement de 1991 comprenait quelques questions sur l'alcool et les autres drogues à l'intention

des populations autochtones de la région, mais aucun sondage n'a spécifiquement examiné l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les adultes, les femmes, les aînés, ou les autochtones. Aucune enquête d'envergure territoriale n'a aussi été consacrée à ce phénomène chez les jeunes, quoique l'on ait effectué un sondage auprès des jeunes des 5e, 8e et 10e, années en 1987. De plus, en partie parce que la majorité des habitants vivent dans des localités isolées non reliées par des routes, il existe peu de données statistiques sur les accidents de la route impliquant la consommation d'alcool. Les chercheurs n'ont pu trouver non plus aucun rapport d'étude portant spécifiquement sur les taux de morbidité ou de mortalité associés à la consommation d'alcool. Il existe par ailleurs des données sur le suicide selon la fréquence, le genre, l'âge et l'ethnie, mais elles n'indiquent pas si l'usage de l'alcool ou des autres drogues était en cause. Nombre d'articles ont cependant été publiés sur l'usage du tabac à fumer et du tabac à chiquer dans le Nord.

LES POPULATIONS A RISQUE

Au fur et à mesure que progresse la Stratégie, il devient urgent de pouvoir accéder à une meilleure information sur la nature et la portée de l'abus des substances parmi les populations jugées à risque, soit les jeunes de la rue, les femmes, les autochtones vivant hors réserves, les aînés, et les conducteurs avec facultés affaiblies.

Au Manitoba, les chercheurs dénoncent notamment les énormes lacunes relevées dans cette province quant aux données disponibles sur la consommation d'alcool, surtout chez les aînés et les autochtones, et dans une moindre mesure, chez les femmes. L'absence d'études provinciales exhaustives et, partant, d'un fonds de données fiables, complique le problème.

En Colombie-Britannique, par contre, on a au cours des récentes années consacré certaines recherches aux jeunes et réalisé diverses études sur les problèmes associés à l'alcool et aux autres drogues chez les aînés, les groupes ethniques et les autochtones, de même que sur les questions connexes concernant l'emploi et la population en général. Toutefois, il s'agissait le plus souvent d'études indépendantes, et l'information recueillie ne permet pas encore de tracer les tendances ni de procéder à des analyses d'envergure provinciale.

LES COMMUNICATIONS ET LA COLLABORATION

L'urgence d'améliorer les communications et la collaboration entre les partenaires de la Stratégie, en ce qui touche la recherche, le traitement, les prises de décision et l'exécution des lois, fait l'unanimité de tous les intéressés. La création, par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), du Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies, qui relie électroniquement entre eux les centres de ressources au Canada, répond certes à un besoin, mais ne suffit pas. Parmi les nombreuses suggestions reçues de partout au pays pour améliorer les communications, notons l'établissement d'archives et de banques de données, la tenue régulière de conférences, l'expansion du réseautage électronique, la publication de bulletins et d'une revue canadienne sur l'alcool et les autres drogues.

L'ELARGISSEMENT DES DEVIS DE RECHERCHE

L'information exposée dans le présent rapport fait ressortir l'importance de compter sur un large éventail de sources de données si l'on veut analyser de façon exhaustive l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada. Or, pour connaître l'essence même de la nature et de la portée des problèmes en cause, il convient d'abord d'appréhender et d'incorporer les résultats obtenus par la recherche ethnographique, observationnelle et non traditionnelle. Les effets des expériences naturelles, telles que les changements de politiques dans un domaine donné, et des événements naturels, tels que les grands changements sociaux, méritent aussi une plus grande considération, ceci afin d'assurer que le fonds d'information demeure actuel et pertinent compte tenu de la diversité des partenaires de la stratégie. Des études spéciales sur la consommation non déclarée de l'alcool et du tabac permettraient notamment d'étoffer l'information existante. L'assouplissement des devis de recherche et la permission d'une plus grande innovation contribueraient à la fois à rehausser la qualité de l'information disponible et à stimuler la créativité.

Comme le font observer les chercheurs en Ontario, les sondages traditionnels sont limités. Ils constituent certes un outil important permettant d'explorer les relations entre les expériences, les attitudes, les caractéristiques personnelles et les

comportements. Mais ils ont aussi tendance à permettre une sous-évaluation plutôt qu'une exagération des données, en ce qui touche la quantité globale d'alcool consommé et les proportions de la population plus à risque. En d'autres termes, on vend davantage d'alcool que les participants aux sondages déclarent en consommer. Il est en outre probable que les résultats de ces sondages fournissent des données conservatrices, qui ne traduisent pas toute la réalité, quant à l'évaluation des comportements, en particulier ceux considérés déviants ou peu acceptables.

VERS UNE MEILLEURE ESTIMATION DES COUTS

L'information sur les coûts économiques et sociaux associés à l'usage de l'alcool, du tabac et des autres drogues est très limitée, en partie à cause du manque de données de recherche. Pourtant, sans des estimations fiables de ces coûts pour la société, l'abus des substances risque de ne pas recevoir la priorité qu'il convient de lui accorder au sein des programmes sociaux et politiques du pays, des provinces et des territoires.

Les chercheurs de la Colombie-Britannique soulignent entre autres que bien qu'il soit intéressant de comparer les provinces entre elles, il serait plus utile d'identifier et d'analyser les caractéristiques sociales et économiques propres à chacune, afin de voir dans quelle mesure ces caractéristiques peuvent contribuer à l'usage des drogues.

L'EMERGENCE DE SOLUTIONS

Même s'il existe toujours des problèmes, des brèches ont néanmoins été pratiquées qui permettront d'en résoudre certains, tant au niveau provincial, territorial que fédéral. Ainsi, on s'attache actuellement à revoir les enquêtes nationales, telle l'Enquête sur l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada, de manière à mieux tenir compte des lacunes d'information. Parallèlement, on réoriente le financement de la recherche de façon à combler certaines lacunes. L'accent accordé à l'obtention de données plus exactes, plus opportunes et plus détaillées favorisera les prises de décisions aussi bien des décideurs que des praticiens et contribuera, en fin de compte, à assurer la santé des Canadiens.

Santé Canada et Statistique Canada travaillent aujourd'hui ensemble afin d'explorer de nouvelles méthodes pour obtenir des estimations plus fiables des paramètres de la population, notamment le pourcentage de la population dans les zones moins peuplées qui utilisent des antidépresseurs. On vérifie par ailleurs une nouvelle formule pour analyser l'impact des données démographiques et socioéconomiques communes sur l'usage des drogues, laquelle devrait élargir l'utilité et l'application de la base de données nationale pour les intéressés aux niveaux régional et local, et permettre d'obtenir davantage d'informations.

Grâce aux nouvelles technologies et à l'expérience acquise; il est aujourd'hui plus facile d'accéder aux vastes régions du Nord, et les diverses méthodes employées permettent d'assurer que la collecte des données est rentable et plus exhaustive, sur le plan national.

Pour favoriser l'étude des populations à risque, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé a tenu des concours spéciaux dans le but de stimuler la recherche auprès de ces groupes. L'Unité des études et l'Unité de l'alcool et des autres drogues de la Direction de la promotion de la santé, de Santé Canada, ont aussi commandé des projets relatifs à ces groupes. Dans cette optique, on encourage le recours à diverses méthodes de recherche, afin d'assurer l'adoption d'une approche plus exhaustive à l'endroit des populations qui ont depuis toujours été difficiles à rejoindre.

Pour ce qui est de l'estimation des coûts économiques associés à l'usage de l'alcool, du tabac et des autres drogues, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies se sont récemment joints aux organismes nationaux antidrogue de plusieurs pays, dans le but de parrainer un symposium international sur le sujet. Or celui-ci a déjà été tenu en mai 1994, et une série de lignes directrices ont été dressées qui permettront d'établir des estimations plus exactes et comparables entre les régions et les pays. Ces lignes directrices, qui ont reçu l'appui international, devraient favoriser considérablement les efforts nécessaires pour parvenir à des estimations plus crédibles et plus fiables.

Côté communications, on poursuit les efforts visant à multiplier et à améliorer les divers moyens de communiquer, aussi bien à l'échelle du pays que dans tous les domaines de toxicomanie, en vue d'élargir la couverture déjà assurée par le Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies.

A L'HORIZON

En 1994, la recherche sur les méfaits de l'alcool et des autres drogues au Canada continue de progresser. Elle s'éloigne aujourd'hui des centres académiques et de recherche pour se rapprocher davantage des collectivités et s'occupe ainsi non seulement de la population en générale mais aussi des populations spéciales. Elle favorise par ailleurs l'adoption de nouvelles mesures et de nouvelles politiques.

D'autres progrès sont également à venir. Grâce à la communication et à la collaboration liant les promoteurs de la connaissance et ses bénéficiaires, les décideurs et les praticiens, il sera permis de satisfaire aux besoins présents et nouveaux, de dresser les priorités, ainsi que d'arrêter les solutions recherchées.

ANNEXE

De multiples organismes provinciaux et territoriaux antidrogue, ainsi que denombreux groupes et particuliers, ont participé à l'élaboration du présent ouvrage, depuis la définition des besoins d'information et des publics ciblés jusqu'à la révision des premières ébauches, sans oublier le dur processus de la collecte et de la saisie des données parfois difficiles à recueillir. Certains des contrats de recherche établis par Santé Canada avec les autorités provinciales et territoriales ont à leur tour été passés en sous-traitance à des groupes de recherche ou à des individus du secteur privé. Tout au long du projet, du personnel temporaire a aussi été embauché pour répondre aux besoins du moment. Faute d'espace, il est malheureusement impossible de nommer ici tous ceux et celles qui ont participé à l'édification du présent ouvrage. Mais les lecteurs qui voudront obtenir de plus amples renseignements sur les divers aspects de la publication pourront consulter les listes des personnes ressources fournies ci-après. Figurent dans ces listes, les adresses des autorités provinciales et territoriales concernées par l'alcool et les autres drogues et, lorsqu'il y a lieu, les noms des sous-traitants; les noms et l'affiliation des représentants provinciaux et territoriaux qui communiquent régulièrement leurs observations à Santé Canada; les noms et adresses des membres du groupe de recherche consultatif affecté auprès de la Stratégie canadienne antidrogue, qui a prodigué ses précieux conseils durant tout le projet; et enfin, les adresses des éditeurs associés. Les autorités provinciales et territoriales paraissent dans un ordre géographique d'ouest en est, tandis que la présentation des autres participants suit l'ordre alphabétique.

COLLABORATEURS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX A LA RECHERCHE

Territoire du Yukon
Alcohol and Drug Services
Yukon Department of Health and Social Services
6118, 6e Avenue, C.P. 2703
Whitehorse (YT) Y1A 2C6
Sous-traitant : Laurie Crawford,
Interaction Consulting

Territoires du Nord-Ouest
Alcohol, Drug, and Community Health Services
Department of Social Services
Government of Northwest Territories
4e étage, Immeuble Precambrian
Yellowknife (NT) X1A 2L9
Sous-traitant : William Zarchikoff,
Muskox Program Development Ltd.

Colombie-Britannique
Alcohol and Drug Programs
1019, rue Wharf
Victoria (BC) V8V 1X4
Sous-traitant : Robert M. Silver,
Coast Consulting

Alberta
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
6e étage, 10909, avenue Jasper
Edmonton (AB) T5J 3M9

Saskatchewan
Alcohol and Drug Services
3475, rue Albert
Regina (SK) S4S 6X6
Sous-traitant : Evan Morris,
EcoTech Research Ltd.

Manitoba
Fondation manitobaine de
lutte contre les dépendances
1031, avenue Portage
Winnipeg (MB) R3G 0R8
Sous-traitant : Dragan PhD & Associates

Ontario
Fondation de la recherche sur la toxicomanie de
l'Ontario
33, rue Russell
Toronto (ON) M5S 2S1

Québec
Recherche et intervention sur les substances
psychoactives - Québec (RISQ)
10140, rue Lajeunesse
Montréal (QC) H3L 2E2
Sous-traitant : Suzanne Laflamme-Cusson

Nouveau-Brunswick
Santé et Services communautaires
3e étage, Place Carleton, C.P. 5100
Fredericton (NB) E3B 5G8
Sous-traitant : Annette Huyter

Nouvelle-Ecosse
Drug Dependency Services Division
Department of Health
5675, rue Spring Garden
Halifax (NS) B3J 1H1
Sous-traitant : Annette Huyter

Ile-du-Prince-Edouard
Addiction Services of Prince Edward Island
C.P. 37
Charlottetown (PE) C1A 7K2
Sous-traitant : Annette Huyter

Terre-Neuve et Labrador
Drug Dependency Services
C.P. 8700
Immeuble Confederation, Bloc ouest, 1er étage
St. John's (NF) A1B 4J6
Sous-traitants : Gordon Walsh, Janice Cooper

REPRESENTANTS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Kim Baldwin
Drug Dependency Services
St. John's (Terre-Neuve)

John Campbell
Alcohol, Drug and Community Health Services
Department of Social Services
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Suzanne D'Annunzio
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec (Québec)

Gerry Kaplan
Fondation manitobaine de lutte contre les

dépendances
Winnipeg (Manitoba)

Heather MacPherson
Addiction Services of Prince Edward Island
Charlottetown (Ile-du-Prince-Edouard)

Robert Markosky
Alcohol and Drug Services
Regina (Saskatchewan)

Wayne Mitic
Alcohol and Drugs Programs
Victoria (Colombie-Britannique)

Peter Rogers
Santé et Services communautaires
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Robin Room
Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Brenda Ryan
Nova Scotia Department of Health
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Ed Sawka
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

GROUPE CONSULTATIF DE RECHERCHE, STRATEGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Jim Anderson
Unité de l'alcool et des drogues
Direction de la promotion de la santé
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Florence Andrews
Department of Sociology and Anthropology
Carleton University
Ottawa (Ontario)

Gordon Barnes
Department of Child and Youth Care
University of Victoria
Victoria (Colombie-Britannique)

Virginia Carver
Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

Carl D'Arcy
Applied Research Psychiatry
Royal University Hospital
Saskatoon (Saskatchewan)

Art Dyer
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Edmonton (Alberta)

Patricia Erickson
Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Natalie Kishchuk
Recherche et intervention sur les substances psychoactives
Montréal (Québec)

Diane McKenzie
Unité des politiques et de la recherche
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Toronto (Ontario)

William McKim
Department of Psychology
Memorial University of Newfoundland
St. John's (Terre-Neuve)

Peggy Millson
Department of Preventive Medicine and Biostatistics
University of Toronto
Toronto (Ontario)

Christiane Poulin
Department of Commnunity Health and Epidemiology
Dalhousie University
Halifax (Nouvelle-Ecosse)

Robin Room
Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Howard Schachter
Ottawa (Ontario)

Eric Single
Unité des politiques et de la recherche
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Toronto (Ontario)

EDITEURS

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
112, rue Kent, bureau 480
Ottawa (Ontario)
K1P 5P2

Unité des études
Direction de la promotion de la santé
Santé Canada
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4